جامعة حلب- كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لخلق السياحة العلاجية في سورية

- دراسة ميدانية مقارنة -

رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في قسم إدارة الأعمال

إعداد

أولغا شربتجي

بإشراف

الدكتور حسن قلندر

أستاذ مساعد في قسم الإحصاء

كلية الاقتصاد -جامعة حلب

الدكتور أحمد اليوسفي

أستاذ في قسم ادارة الأعمال

كلية الاقتصاد -جامعة حلب

شهادة

أشهد بأن العمل الموصوف بهذه الرسالة هو نتيجة بحث قامت به الطالبة **أولغا شربتجي،** تحت إشـــراف الأستاذ الدكتور **أحمد اليوســفي** الأستاذ بكــلية الاقتصـــاد بجامعـــة حلـــــب ، والأستاذ الدكتور **حسن قلندر** الأستاذ بكلية الاقتصاد بجامعة حلب، وأن أي رجوع إلـــى بحــث آخر في هذا الموضوع موثق في النص.

المرشحة	المشرف المشارك	المشرف الرئيسي
أولغا شربتجي	**الدكتور حسن قلندر**	**الدكتور أحمد اليوسفي**

تصريح

أصرح بأن هذا البحث **بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لخلق السياحة العلاجية في سورية،** لم يسبق أن قبل للحصول على أية شهادة و لا هو مقدم للحصول على شهادة أخرى.

المرشحة

أولغا شربتجي

لجنة المناقشة والحكم

الدكتور:	عمر وصفي عقيلي	أستاذ في كلية الاقتصاد جامعة حلب	رئيساً
الدكتور:	نجم العزاوي	أستاذ في كلية الاقتصاد جامعة الاسراء الأردن	عضواً
الدكتور:	أحمد اليوسفي	أستاذ في كلية الاقتصاد جامعة حلب	مشرفاً
الدكتور:	محمد خشروم	أستاذ مساعد في كلية الاقتصاد جامعة حلب	عضواً
الدكتور:	أديب برهوم	أستاذ مساعد في كلية الاقتصاد جامعة تشرين	عضواً

الإهداء

إلى من رافقني دعاؤها في كل مكان . . . . إلى ينبوع الحنان .

أمّي الغالية

إلى من قدّم لي كل غالٍ ونفيس . . . . إلى نبع العطاء .

والدي العزيز

إلى كنزي في الحياة .

زوجي وأولادي الأعزاء

الى صاحبة القلب الأبيض والصدر الرحب

أختي الحبيبة

الى سكن النفس وقرة العين وأنس قلبي وبهجة روحي

أهل زوجي الطيبون

شكر وتقدير

أتوجه بالشكر للأستاذ الدكتور ***أحمد اليوسفي*** الذي أكرمني بقبوله الإشراف على إعداد هــذه الرسالة، وزودني بتوجيهاته القيمة وقدم لي الدعم العلمي والمعنوي، والباحثة لا تنســى أياديــه البيضاء عليها منذ مرحلة الماجستير وحتى اليوم ، فلسيادته تتقدم الباحثة بأسمى آيــات الشــكر والعرفان بالجميل وعظيم الامتنان وجزاه الله تعالى عني وعن جميع الباحثين خير جزاء ومتعه الله بوافر الصحة والعافية.

كذلك تتقدم الباحثة بشكرها وامتنانها إلى الأستاذ الدكتور **حسن قلندر**، على ما بذلته من جهــد ووقت مع الباحثة كمشرف مشارك على هذه الرسالة، وجزاه الله كل الخير .

وتتوجه الباحثة بالشكر والتقدير وعظيم الامتنان للأستاذ الدكتور ***محمد خشروم*** على ما منحه للباحثة من وقته وفكره مما سمح لها من النهل من علمه الوافر والاسترشاد بفكره الثاقب، فــي تقويم البحث واغنائه .فجزاه الله كل خير.

كما أتوجه بالشكر والتقدير إلى السادة الأفاضل رئيس وأعضاء لجنة الحكم والمناقشة لتفضلهم بقبول قراءة هذه الرسالة والحكم عليها.

كما أتوجه بالشكر والامتنان إلى عمادة كلية الاقتصاد وأعضاء الهيئة التدريسية والذين تلقيت منهم العلم والمعرفة ، وأخص بالذكر منهم الأستاذ الدكتور حسن مشرقي والدكتور عبد الرحمن العبيد على ما قدماه من توجيهات في المناقشة المبدئية والتي كان لها دور هام في تــدعيم هــذا البحث

ولايسعني في النهاية الا أن أتقدم بالشكر الى كل من ساهم في انجاز هذا العمل واخراجه الــى النور.

الباحثة

فهرس المحتويات

- فهرس الجداول -

- فهرس الأشكال-

مقدمة عامة

يتسم عصرنا الحديث بتزايد أهمية قطاع الخدمات، وقد شهدت صناعة الضيافة بصفة عامة ، والسياحة العلاجية بصفة خاصة، تطورا بارزاً في السنوات الأخيرة على المستوى العالمي وأصبحت تشكل واحدة من أكبر الصناعات العالمية، وذلك كنتيجة لسهولة الاتصال والتنقل وتطور التكنولوجي الهائل في كافة المجالات.

والنشاط السياحي الطبي في سورية ما زال في مهده ، إلا أن التعامل معه ودراسته والتخطيط له وتوجيهه وتوظيفه للصالح العام أصبح ضرورة ملحة، وهذا يستدعي تهيئة الخدمات لتعكس المستوى المطلوب من الجودة، وتواجه المنظمات الإدارية في القطاع العام والقطاع الخاص على حد سواء تحديات تتطلب التجديد والتحديث بإتباع أساليب إدارية تتعامل مع التغيرات البيئية بشكل ملائم، وتعتبر منظمة التعلم من المفاهيم والمداخل الإدارية الحديثة التي تم تطويرها لتمكين المنظمات الإدارية من البقاء والاستمرار والوصول إلى المستوى المطلوب من الجودة .

حيث ترى الباحثة أن منظمة التعلم بما تحمله من روح الإبداع والابتكار والعمل الجماعي والرؤية المشتركة وتكوين واكتساب ونقل المعرفة وتحوير تصرفاتها لتحقيق معرفة ورؤى جديدة، بالإضافة إلى تجريب العمل بأساليب جديدة واستقطاب المعرفة بشكل سريع وبفاعلية من خارج التنظيم وحل المشكلات بطريقة علمية والتعلم من التجارب الخاصة وتبادل الخبرات مع الآخرين. تلعب دوراًجوهرياً في تحقيق الوفر في المال والجهد والاستغلال الأمثل للموارد البشرية والمادية، وإعداد الأيدي العاملة ذات الكفاءة العالية وتقديم خدمة متميزة وآمنة وتحقيق الجودة النوعية العالية للمخرجات.

وبالتالي في ضوء قلة الأبحاث المتعلقة بالسياحة العلاجية في البيئة السورية، جاء هذا البحث لدراسة وتحليل واقع السياحة العلاجية في سورية ، وبحث دور منظمة التعلم في تنمية السياحة العلاجية في سورية من خلال تحليل أثرها في رفع مستوى جودة الخدمات الطبية والفندقية المقدمة في البيئة السورية .

أهمية البحث

تستمد هذه الدراسة أهميتها من النقاط التالية:

1.غياب دراسات لتقييم واقع السياحة العلاجية في سورية.

2. تعتبر السياحة العلاجية مصدراً هاماً من مصادر الدخل القومي، و تسهم في تنشيط الأنواع الأخرى للسياحة كالسياحة البيئية و سياحة التسوق .

3. وجود عدد كبير من الكوادر الطبية والعلمية السورية في المهجر،و تشكل السياحة العلاجية في حال ازدهارها عامل جذب لهذه الكفاءات من الخارج .

4. تسهم ممارسة العاملين لأبعاد منظمة التعلم بدور كبير في زيادة الكفاءة والفعالية التنظيمية من خلال الربط بين الممارسات النظرية والتطبيقات العملية .

5. تساعد منظمة التعلم في إعداد كوادر متميزة وتقديم خدمات ذات كفاءة عالية بما يلبي توقعات المنتفعين .

مشكلة البحث

تتمتع سورية بمقومات سياحية عديدة وتسعى جاهدة في الوقت الحاضر لدخول مجال السياحة العلاجية وجذب أكبر قدر من السياح من الخارج، بما يكثف الضغوط على قطاع الخدمات لإيجاد استراتيجيات تساعده على تحسين وتطوير أدائه لتقديم خدمات متميزة للمنتفعين، والوصول إلى المستوى المطلوب من الجودة. وتحاول الدراسة الحالية المساهمة في تحديد أثر منظمة التعلم على تحسين جودة الخدمات المقدمة في المراكز الخدمية[*]،إذ أن جودة الخدمة تعتبر عاملا" مساعدا" للنهوض بالسياحة العلاجية .

وبناءً على ذلك يمكن صياغة مشكلة البحث بالسؤال الآتي :

" هل تتوافر المتطلبات اللازمة لبناء منظمة التعلم في المشافي والفنادق السورية محل الدراسة وما دورها في إيجاد صناعة سياحة علاجية في سورية ؟"

أهداف البحث:

تتركز أهداف البحث في النقاط التالية:

1- تقديم مفاهيم نظرية ذات العلاقة ب (التعلم التنظيمي، منظمة التعلم، السياحة العلاجية ، جودة الخدمة الطبية، جودة الخدمة الفندقية) .

3-- تحديد مستوى توفر خصائص منظمة التعلم في المراكز الخدمية محل الدراسة .

4- تحديد مستوى جودة الخدمات المقدمة في المراكز الخدمية محل الدراسة.

5- تحديد آثار منظمة التعلم في جودة الخدمات المقدمة في المراكز الخدمية محل الدراسة و تحديد قوته.

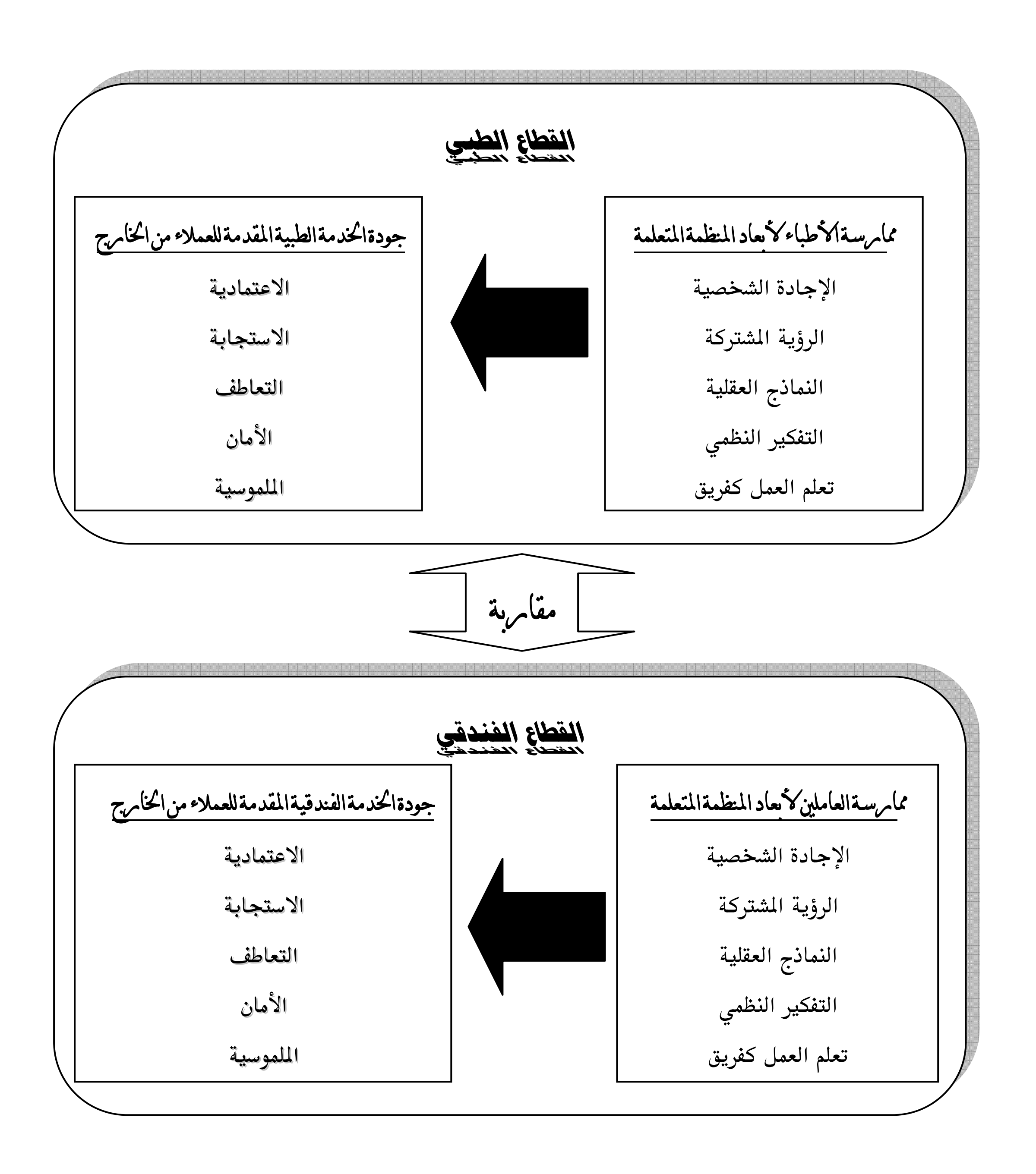
---

[*] يقصد بالمراكز الخدمية في هذه الدارسة المشافي والعيادات السنية ومراكز الليزك والفنادق التي تشملها عينة البحث

6- استخلاص النتائج والمقترحات التي تسهم في تدعيم ممارسات العاملين لسلوكيات التعلم، و تساعد على تحسين نوعية الخدمات المقدمة وتمهد الطريق لتكوين قاعدة متينة للسياحة الطبية.

متغيرات البحث

يتضمن هذا البحث المتغيرات التالية:



- المتغير المستقل وهو منظمة التعلم ويتضمن خمس أبعاد هي: الإجادة الشخصية، الرؤية المشتركة، النماذج العقلية ، التفكير النظمي، تعلم العمل كفريق.

- المتغير التابع وهو جودة الخدمات المقدمة ويتضمن خمس أبعاد هي: **الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان، الملموسية.**

فروض البحث

في ضوء مشكلة وأهداف البحث يمكن صياغة الفروض التالية :

الفرض الأول : توجد علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية بين تبني الأطباء لأبعاد منظمة التعلمفي المشافي والمراكز الطبية المدروسة ومستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة فيها.

الفرض الثاني :توجد علاقة معنوية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العاملين لأبعاد منظمة التعلمفي الفنادق المدروسة ومستوى جودة الخدمات الفندقية المقدمة فيها.

الفرض الثالث ::توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين الصفات الديموغرافية التي يتسم بها العملاء وتقييمهم لجودة الخدمة ويتفرع إلى قسمين:

أ- توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين الصفات الديموغرافية (النوع –الجنسية–الراتب–العمر– الهدف من الزيارة) التي يتسم بها العملاء وتقييمهم لجودة الخدمة الطبية.

ب–توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين الصفات الديموغرافية (النوع –الجنسية–الراتب–العمر– الهدف من الزيارة) التي يتسم بها العملاء وتقييمهم لجودة الخدمة الفندقية.

الفرض الرابع: توجد فروق معنوية في ممارسة العاملين في المراكز الخدمية محل الدراسة لأبعاد منظمة التعلم باختلاف متغيراتهم الديموغرافية كما يلي:

أ–توجد فروق معنوية في ممارسة الأطباء في المشافي والمراكز الطبية محل الدراسة لأبعاد منظمة التعلم باختلاف صفاتهم الديموغرافية(النوع ، سنوات الخبرة، العمر).

ب- توجد فروق معنوية في ممارسة العاملين في الفنادق محل الدراسة لأبعاد منظمة التعلم باختلاف صفاتهم الديموغرافية(النوع ، المؤهل الدراسي ،سنوات الخبرة، العمر).

مجتمع البحث وحدوده

شملت هذه الدراسة قطاعيين أساسيين القطاع الطبي والقطاع الفندقي، وهما القطاعيين الضروريين لبناء قاعدة متينة للسياحة العلاجية في سورية .

وتتمثل الحدود المكانية فيما يلي :

- المشافي : الأقسام المأجورة في مشفى حلب الجامعي،مشفى الكندي بحلب،مشفى الرازي بحلب، مشفى الأسد الجامعي بدمشق.

– مشفى الطب الجراحي العربي والمستقبل في حلب ، ومشفى الشامي بدمشق.
بالإضافة إلى عدد من العيادات السنية والعينية والتجميلية ومراكز الليزك المنتشرة في مـــدينتي دمشق وحلب.

- الفنادق: وهي أربعة فنادق متمثلة في فندقي ديديمان وشيراتون بدمشـــق، وفنـــدقي ديـــديمان و شيراتون بحلب.

أما الحدود الزمنية: فقد قامت الباحثة بتوزيع الاستبيانات على فترة زمنية ممتدة من شـــهر آذار إلى شهر تشرين الثاني لعام 2009.

عينة البحث

نظرا لكبر مجتمع البحث وضخامته ، قامت الباحثة باللجوء إلى أسلوب العينات ، حيث احتوت الدراسة على ثلاث عينات أساسية وهي:

1- عينة الأطباء : وتشمل عدداً من الأطباء المختصين في مجال الجراحة التجميليـــة والعينيـــة والسنية، حيث أنها الاختصاصات المطلوبة من قبل السياح الطبيين القادمين إلى ســـورية مـــن الخارج.

2- عينة العاملين بالفنادق المذكورة.

3- عينة العملاء: وتشمل المغتربين السوريين المقيمين في الخارج والخليجيين والعراقيين غيـــر المقيمين في سورية، و بعض الأجانب والذين قاموا بتلقي المعالجات الطبية في سورية وأقـــاموا في فنادقها.

وقد قامت الباحثة بشرح هذه العينات بشكل تفصيلي في الدراسة الميدانية.

الدراسات السابقة:

أ– الدراسات المتعلقة بمنظمة التعلم:

1- دراسة (Bierema & Berdish,1999)[1]: " دراسة حالة تطبيقية حول بناء المنظمة المتعلمة"

قامت هذه الدراسة على إحدى فروع شركة فورد الأمريكية لتقييم تجربتها في مجال تطبيق مفهوم منظمة التعلم وتوصلت إلى أن مستويات التطوير الذاتي والعمـــل الجمـــاعي واســـتخدام أسلوب التفكير النظمي لعملية اتخاذ القرار للعاملين في الشركة هي مرتفعـــة، ولكـــن الشـــركة

[1] Bierema ,L & Bierdish ,k (1999) ."Greating a Learning Organization :A case study of outcomes and Lessons Learned " , Performance Improvement ,Vol.(38),(No.4)

واجهت بعض الصعوبات عند تطبيق مفهوم منظمة التعلمتتعلق بضعف دعم الإدارة و ضـــعف التمويل المادي.

2-دراسة (Hughes ,2000)[١] : ماهية منظمة التعلمو ما تتضمنه من مقترحات وأفكار لتحقيق التنمية البشرية "

بحثت هذه الدراسة في مفهوم منظمة التعلمودورها في تحقيق التنمية البشـــرية للعـــاملين ، حيث درست الأبعاد الخمس للمنظمة المتعلمة المتمثلة بالتفكير النظمي والتعلم الجماعي و الرؤية المشتركة والنماذج الذهنية والإجادة الشخصية، وتوصلت إلى أنه في ظل توافر مناخ تنظيمـــي ايجابي، فان الأفراد يتعلمون ضمن فرق العمل بطريقة فعالة، كما أكدت أن الـــتعلم التنظيمـــي عملية مستمرة تتضمن المشاركة في إنتاج المعرفة ، وبنائها وتكييفها وتنميتها .

3-دراسة (شاكر، 2001)[٢] بعنوان "نموذج لدراسة أثر قيم المديرين على جاهزية منظمة التعلم بالتطبيق على قطاع الكهرباء والطاقة المصري"

هدفت هذه الدراسة إلى بحث مدى جاهزية المنظمة للتعلم في ضوء تطبيقها لاســـتراتيجيات التعلم المؤسسي والجماعي والفردي ،وقد أشارت نتائجها إلى تمتع المنظمات بدرجة مرتفعة من الجاهزية ،كما لم تتوصل إلى وجود اختلافات معنوية في درجة الجاهزية وفقـــاً للخصـــائص الديموغرافية المتمثلة ب(النوع، العمر، التعليم، مدة الخبرة بالمنظمة) ، وأوصـــت بضـــرورة تشجيع القيادات الإدارية وتدريبها على توضيح رؤيتها المستقبلية تجاه عملية التعلم التنظيمـــي، وتغيير الهياكل التنظيمية الحالية، نشر ثقافة التعلم بين القيـــادات الإداريـــة، و تطبيـــق مفهـــوم المشاركة في المعرفة باستخدام التقنيات الحديثة والمراجعة والتعلم من أفضـــل الممارســـات و المرجعيات المقارنة.

4- دراسة (2002,Bayraktaroglu & Kutanis)[٣] :"تحويل الفنادق إلى منظمـــات متعلمـــة كمدخل لإستراتيجية جديدة للدخول إلى العولمة"

بحثت هذه الدراسة في العوامل المؤثرة على بناء منظمة التعلمفي الفنادق التركية ، ولقد تبـــين لها أن العاملين يعتمدون على التعلم التكيفي فقط ، كما أشارت أيضا" إلـــى أن أهـــم العوامـــل

[1] Hughes ,J.(2000) ." The Learning Organization :What Is It Constitute a Useful Set of Ideas for the Human Resource Development practitioner?"CLMS Working Paper ,Leicester University , Center of Labour Market Studies UK

[3] شاكر ليلى حسام الدين، نموذج لدراسة أثر قيم المديرين على جاهزية المنظمة للتعلم بالتطبيق على منظمات قطاع الكهرباء والطاقة المصري، المجلة العلمية لكلية التجارة، ع(18)، جامعة الأزهر، القاهرة، 2001.

[1] Kutanis & Bayraktaroglu , (2002): Transform hotels into learning organizations a new strategy for going global. working paper, Department of Management ,The Faculty of Economic and Adminstrative Sciences , Sakarya,Turkey.

المؤثرة في بناء منظمة التعلم هي : دعم الأفكار الإبداعية والمبتكرة من كل مستويات الإدارية في المنظمة، تطوير الثقافة التنظيمية من أجل المشاركة في رؤية واضحة للأمور من قبل المنظمة، إحداث تغيير جذري في طريقة التفكير العقلي للمدراء، وأخيرا" خلق المناخ التنظيمي المناسب لبناء المنظمة المتعلمة.

5- دراسة (Alavi & McCromick, 2003)[1] : "بعض الأبعاد الثقافية لتطبيق نموذج منظمة التعلم في المنظمات الايرانية "

توصلت إلى تمتع المديرين الإيرانيين بمستويات عالية من مصادر القوة والنفوذ والتعاون الاجتماعي داخل الفريق الواحد، وإن تطبيق مفهوم منظمة التعلم الذي وضعه Senge ويستند إلى خمسة أسس هي(التفكير النظمي، والإجادة الشخصية، والنماذج الفكرية، والتعلم الجماعي، وتطوير الرؤية الجماعية المشتركة) يواجه بعض الصعوبات في حال تطبيقه في المنظمات الإيرانية ،حيث أكدت أن النظريات والنماذج الإدارية لايمكن تطبيقها على كافة المنظمات بشكل متشابه لاعتبارات ثقافية.

6- دراسة (Haworth,2005)[2] : " الوصول إلى منظمة التعلم"

أكدت على أهمية التحول معظم المنظمات إلى منظمات متعلمة، حيث ركزت في دراستها على ثلاثة مجالات هي الضوابط الخمس التي وضعها سينج ومفهوم القيادة ،مفهوم فرق العمل ، وشملت الدراسة ثلاث شركات هي والت ديزني وخطوط الطيران ثاوث ويست وشركة فورد ، وذلك كنماذج لمنظمات ناجحة، وتوصلت إلى تمسك شركة والت ديزني بمفهوم القيادة الفعالة كعنصر مهم يحقق الوصول إلى منظمة متعلمة ناجحة واستخدامها لمفهوم الثقافة التنظيمية والقيادة القوية لتشجيع النجاح المستقبلي، أما ثاوث ويست فقد تمسكت بمفهوم فريق العمل الناجح والمتعاون والمتمكن كأسلوب لتحقيق رضا العملاء، أما شركة فورد فقد تبنت خطة طويلة المدى لتطبيق مبادئ أو ضوابط سينج الخمس ، وأكدت هذه الدراسة على أهمية الرؤية المشتركة ، والاتصالات الفعالة ، وتمكين العاملين، والقيادة الواعية، والضوابط الخمس في الوصول إلى منظمة متعلمة ناجحة .

7- دراسة (الحواجرة ، 2006)[1]:" مدى إمكانية تطبيق مفهوم منظمة التعلم في الجامعات الأردنية الخاصة من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية"

[1] Alavi, S. & J. McCormil(2003). "Some Culture Consideration for the Applying the learning Organization Model to Iranian organization" , A Research Paper Presented At Tahran International Management Conference, Australia, University of New south Wales.

توصلت هذه الدراسة إلى أن أهم العوامل التنظيمية الداعمة لتطبيق منظمة التعلم هي: تـــوفير مناخ تنظيمي مشجع للتطوير، وتوفير حوافز مادية للتعلم، وتوفير إدارات متخصصة للتـــدريب في الجامعات. كما أن أهم خصائص الثقافية الداعمة للمنظمة المتعلمة اســـتنادها إلـــى الإطـــار القيمي للثقافة الإسلامية، وتوليد طاقات ابتكاريه لدى أعضائها، وتحفيز مشاركة الأعضاء فـــي الدورات التدريبية. كما توصلت أيضاً إلى وجود إلى فروق ذات دلالة إحصـــائية بـــين رؤيـــة أعضاء هيئة التدريس حول أهمية الخصائص والعوامل الداعمة لتطبيـــق منظمـــة التعلمتعـــزى للمؤهل العلمي، سنوات الخبرة .

8-دراسة (الرشودي ،2007)[٢]:" بناء أ نموذج للمنظمة المتعلمة كمدخل لتطوير الأجهزة الأمنية بالمملكة العربية السعودية "

سعت هذه الدراسة إلى بناء نموذج للمنظمة المتعلمة مكون من ٤٠ خاصية تنظيمية وثقافية وتعليمية، وتوصلت إلى أن مستوى جاهزية الأجهزة الأمنية لتطبيق منظمة التعلم مرتفعة، وأن أهم العوامل الداعمة لتطبيق منظمة التعلم هي (مناخ تنظيمي ايجابي- حوافز مادية – مرونة أنظمة العمل- التدريب- العمل الجماعي- تبادل الأفكار والخبرات) ، وأن تطبيق نموذج منظمة التعلم في الأجهزة الأمنية سيكون له تأثير فعال جدا" في تحقيق التطوير التنظيمي.

9- دراسة (حمود، 2008)[٣] :"المحددات الأساسية لتحويل المصارف إلى منظمات متعلمة"

توصلت هذه الدراسة إلى وجود تأثير لبعض المتغيرات التنظيمية كالثقافة التنظيمية ،الهيكل التنظيمي، إستراتيجية إدارة الموارد البشرية، نظم المعلومات، القيادة على عملية تحول المصارف الحكومية السورية إلى منظمة متعلمة، وأوصت بتشجيع القيادات في المصارف على نشر ثقافة التعلم التنظيمي وتهيئة المناخ التنظيمي الايجابي للتعلم وتعزيز قدرة الأفراد على خلق واكتساب المعرفة، وضرورة صياغة إستراتيجية عامة ترتكز على مفاهيم وأبعاد المنظمة المتعلمة.

10- دراسة (Haque,2008)[٤] :" دراسة العلاقة بين منظمة التعلم والاستعداد للتغيير التنظيمي"

---

[٣] الحواجرة ،كامل محمد (2006):" مدى إمكانية تطبيق مفهوم المنظمة المتعلمة في الجامعات الأردنية الخاصة من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية" ، ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العلمي الدولي السنوي الثامن (إدارة التغيير ومجتمع المعرفة).

[2] الرشودي ، محمد بن علي إبراهيم ، (2007) ، بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لتطوير الأجهزة الأمنية بالمملكة العربية الســـعودية، رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية.

[3] الحمود، عبد الكريم ،(2008)، المحددات الأساسية لتحويل المصارف إلى منظمات متعلمة، رسالة ماجستير غير منشـــورة ، كليـــة الاقتصاد ، جامعة حلب.

[4] Haque, M,(2008)."A study of the relationship between the learning organization and organizational readiness of change" ,(P h D Thesis ,Pepperdine University,2008).

وهدفت هذه الدراسة إلى إجراء فحص تجريبي للعلاقة بين منظمة التعلم والاستعداد التنظيمي للتغيير، وبينت نتائجها إلى أن مستوى تجاوب المشاركين كان أكبر عند توافر القيادة الإستراتيجية المحفزة للتعلم والميسرة له ، بينما كان أقل قيمة عند توافر نظم الاتصال بالبيئة المحيطة بالمنظمة ، وكان تبني المشاركين لأبعاد منظمة التعلم بصورة عامة ايجابياً ، وارتبطت تلك التصورات بشكل ملحوظ ومعنوي بالاستعداد التنظيمي للتغيير، كما توصلت إلى أن التزود بقيادة إستراتيجية ميسرة للتعلم ذات ارتبط قوي بالاستعداد التنظيمي للتغيير.

11- دراسة (Bui , 2009)[1] : " اكتشاف عوامل النجاح التنظيمي من خلال بناء منظمة التعلم في المنظمات الصغيرة الحجم ".

ركزت على مدى اهتمام القادة والمدراء في المنظمات صغيرة الحجم في الولايات المتحدة الأمريكية بمفهوم منظمة التعلم، ومدى تطبيقها للمفهوم بالإضافة إلى قياس مدى نجاحها في أن تصبح منظمات متعلمة، و قد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أغلب مديري المنظمات الصغيرة الحجم عينة البحث، يؤمنون بدور منظمة التعلم كإستراتيجية أساسية للتطوير و تحقيق الفعالية في الأداء والتميز التنظيمي، وأنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين المنظمات الكبيرة والمنظمات الصغيرة في مدى استعدادها للتحول إلى منظمات متعلمة ، كما أكدت أن المنظمات الحاصلة على جائزة الجودة الوطنية هي أكثر منظمات العينة المدروسة نجاحا" في التحول إلى منظمات متعلمة.

12- دراسة (الكساسبة وآخرون، 2010)[2]: "دور وظائف إدارة الموارد البشرية في المنظمة المتعلمة"

هدفت هذه الدراسة إلى قياس تأثير وظائف إدارة الموارد البشرية(الاستقطاب والاختيار، والتدريب والتطوير، والمحافظة على الموارد البشرية) على منظمة التعلمفي مجموعة شركات طلال أبو غزالة في الأردن، وتوصلت إلى أن مستوى تطبيق وظائف إدارة الموارد البشرية (التدريب والتطوير، والمحافظة على الموارد البشرية) كان متوسطا" ، في حين أن

---

[1] Bui, Chinh , (2009). Discovering The Factors For Organizational Success: An Investigation Of learning organizations Attributes Within Minority –Owned Small Business In New England ,PhD Thesis , Capella University

[3]الكساسبة وآخرون،2010). دور وظائف إدارة الموارد البشرية في المنظمة المتعلمة: دراسة حالة على مجموعة شركات طلال أبو غزالة في الأردن ، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 6 ، العدد1، 2010

مستوى تطبيق وظيفة الاستقطاب والاختيار مرتفعًا. كما رأت أيضا" أن مستوى منظمة الـتعلم كان متوسطا".

وترى الباحثة أن جميع الدراسات السابقة المتعلقة بمنظمة التعلمتتفق في تركيزها على الأهمية الكبيرة لمفهوم المنظمة المتعلمة، كما أن غالبيتها ركزت في بحثها على العوامل الثقافية والتنظيمية الداعمة لبناء المنظمة المتعلمة، حيث أكدت أن أهم هذه العوامل :هي وجود مناخ تنظيمي مشجع للتعلم، وتوفير حوافز مادية للتعلم، وتوفير إدارات متخصصة للتدريب، ودعم الأفكار الإبداعية والمبتكرة والعمل الجماعي، وتبادل الخبرات والمعرفة ، وتوافر الثقافة التنظيمية الداعمة للتعلم، ووجود نظام معلوماتي متطور .....

و تتفق الباحثة في دراستها الحالية مع الدراسات السابقة من حيث تسليطها الضوء على مجال منظمة التعلم وعرضها لفلسفتها وخصائصها ومبادئها ، كما تلتقي مع بعض الدراسات السابقة في تناولها لنموذج Senge الخماسي الأبعاد للمنظمة المتعلمة الخمسة ((Hughes,2000)، (Alavi & McCromick, 2003)،(حمود، 2008)) .

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في مجال منظمة التعلمفي كونها تتناول الآثار المترتبة للمنظمة المتعلمة على جودة الخدمة المقدمة وذلك في مستويين مختلفين الأول مستوى الخدمات الطبية ، والثانية مستوى الخدمات الفندقية .

ب-الدراسات السابقة المتعلقة بالسياحة العلاجية :

1-دراسة (Caballero & Mugomba ,2006)[1] : "دراسة الفرص الاستثمارية للدخول في سوق السياحة العلاجية "

بحثت هذه الدراسة في سبل الاستثمار في سوق السياحة العلاجية من خلال تحليل هذه السوق وتحديد أسباب نشأتها وازدهارها، حيث رأت أن الكلف الرخيصة للمعالجة الطبية والرغبة للتخلص من قوائم الانتظار الطويلة والمناظر الطبيعية الخلابة في البلد المضيف، هي من أهم الدوافع التي تحفز المرضى للسفر للخارج . وأكدت أن التركيز على أن الكلفة الرخيصة للمعالجة الطبية كإستراتيجية للجذب المرضى من الخارج هي ذو منافع قصيرة المدى ولا تنفع كإستراتيجية طويلة المدى ، كما أشارت إلى عدد من الصعوبات عند دراسة سوق السياحة العلاجية المتمثلة في صعوبة قياسها وعدم وجود قوانين واضحة تحكمها.

1Caballero ,S & Mugomba. C (2006). Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities- A conceptual framework for entry into the industry, Master Thesis, Goteborg University

2-دراسة (Connell , 2006)[1]: " السياحة العلاجية : شمس ، بحر ، رمال ، و جراحة "

و تعد من أهم الدراسات التي بحثت في موضوع السياحة العلاجية وألقت الضوء على أسباب ازدهارها وتطورها، حيث رأت أن قوائم الانتظار الطويلة للعمليات الجراحية ، والكلفة المرتفعة للعمليات التجميلية في البلد المصدر للسياح الطبيين، وخصخصة قطاع الرعاية الصحية، والاعتماد المتزايد على التقنية والتسويق عبر الانترنت وسهولة السفر ورخص كلفته، بالإضافة إلى توافر أطباء متميزين ذو كفاءة عالية في البلد المضيف،هي أهم أسباب ازدهار السياحة العلاجية، كما أوصت بضرورة توافر بناء تحتي متكامل لصناعة السياحة العلاجية (وكلات سفر، شركات طيران، فنادق ،سيارات أجرة).

3-دراسة (Kazemi, 2007)[2]: "دراسة العوامل المؤثرة في جذب السياحة العلاجية في إيران "

بحثت هذه الدراسة في آلية فتح كوة للسياحة العلاجية في إيران، وتوصلت إلى أن من أهم العوامل الواجب توفرها لجذب السياح الطبيين إلى إيران هي تحقيق التعاون بين مختلف أنواع المنظمات السياحية والمنظمات الطبية، بالإضافة إلى تأمين الإقامة المريحة للمرضى وذويهم ، وتوافر الأجهزة والتقنيات الطبية عالية المستوى ، وتقديم الخدمة ذات الجودة الطبية المتميزة وبكلفة مقبولة.

كما قدمت هذه الدراسة عددا" من المقترحات لتطوير السياحة العلاجية في إيران منها: تقديم التسهيلات للمرضى ومرافقيهم للدخول إلى إيران ، والاستفادة من تجارب الدول الناجحة في مجال السياحة العلاجية على سبيل المثال الهند – سنغافورة –تايلاند– ماليزيا .

4- دراسة (Bies,2007)[3] "السياحة الطبية -الجراحة خارج حدود الوطن "

قامت هذه الدراسة بتحليل العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والطبية التي تدفع الأفراد للسفر للخارج للقيام بالمعالجات الطبية، وقد طور نموذج لعكس الحسنات والسيئات الرئيسية للسياحة الطبية وضم أربعة محاور أساسية المنافع – الفرص – التكاليف – المخاطر .

---

[1]Connell ,J,(2006) . Medical Tourism :Sun, Sea, Sand, and Surgery. Tourism Management ,27(6)

[2]Kazemi , Z , (2007) Study of the effective factors for attracting Medical Tourism in Iran, Master Thesis , University of Isfahan .

[3] Bies, W, et al (2007)." Medical tourism: Outsourcing surgery", Mathematical and Computer Modelling, 46 ,(2007),pp 1144–1159

وقد اقترح من خلال هذا النموذج أربعة طرق بديلة محتملة لاتخاذ الأفراد قرار السفر إلى الخارج للحصول على المعالجات الطبية: سفر الأفراد مدفوعين ذاتيا" بناء على قرار شخصي، سفر الأفراد بناء على قرار من رب العمل،سفر الأفراد من خلال قرار من قبل الحكومة ، وأخيرا" سفر الأفراد بناء على الظروف الرعاية الصحية الحالية.

كما رأت أن هناك عدة معايير إستراتيجية تتحكم بقرار الفرد للسفر للخارج منها: جودة الرعاية الصحية – المقاييس العالمية للرعاية الصحية – شروط نظام الرعاية الصحية المحلي – الكلفة وسهولة الوصول إلى الرعاية الصحية – سهولة الإجراءات وقائمة الانتظار....

وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة المتعلقة بالسياحة العلاجية في عرضها لمفهوم السياحة العلاجية وخصائصها وأسباب نشوئها وازدهارها ، و الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة في كونها تقوم في بلد نامي كسورية مازالت خطواته متعثرة وخجولة في مجال السياحة العلاجية ،حيث تحاول الباحثة في دراستها الحالية بحث آلية لفتح كوة للسياحة العلاجية في سورية من خلال التركيز على إستراتيجية تحسين جودة الخدمات المقدمة للسياح وبحث سبل خلق نوع من التعاون بين المنظمات الطبية والفندقية في سورية .

ت–الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الخدمة الطبية :

1- دراسة (Webb, 2000)[1] : "مدركات العميل وأثرها في توقعاته لجودة الخدمة المقدمة "

هدفت هذه الدراسة إلى مراجعة الأدبيات التي تناولت عملية تشكيل توقعات العملاء، وتقديم نموذج للمفاهيم المرتبطة بمعرفة العميل، وفهم العميل لدوره والمنافع المترتبة على هذا الدور، كأساسيات تسبق توقعات العميل بمستوى جودة الخدمة المقدمة له. وشملت كافة الجهات المرتبطة بتقديم الخدمة (المرضى، الأطباء المعالجين،الإداريين، العاملين في التمريض، طلاب كلية الطب، طلاب التمريض). وتوصلت إلى أن نوعية وحجم المعرفة المتاحة والمقدمة للعميل هي الأساس الذي يبنى عليه مدركات العميل لدوره، ورؤيته للمنافع المرتبطة بهذا الدور، وهو ما يؤثر جوهرياً في توّقعات العميل عن الخدمة المقدمة له.

2–دراسة (عبد الحميد ، 2000)[2] :" إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة على مستشفيات مشروع ضمان الجودة"

---

[1]Webb D, 2000. "Understanding Customer Role and It's Importance in The Formation of Service Quality Expectations" Service Industries Journal, 20(1), 1-21.

[1] عبد الحميد ، ماجدة ، (2000) ، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة على مستشفيات مشروع ضمان الجودة"، ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التجارة – جامعة عين شمس 2000

وركزت هذه الدراسة على دراسة أثر الثقافة التنظيمية على تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة ، حيث تناولت الدراسة الأبعاد التالية للثقافة التنظيمية: (نمط القيادة- السلوك والقيم والاتجاهات- التعليم والتدريب) وطبقتها على خمس مستشفيات وتوصلت إلى أن الثقافة التنظيمية السائدة في مستشفيين فقط من المستشفيات المدروسة هي متلائمة مع الثقافة التنظيمية المطلوبة، بينما الثقافة التنظيمية السائدة في المستشفيات الأخرى فلا تتلاءم مع الثقافة التنظيمية المطلوبة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

3-دراسة (عباس ، 2001) [١]: " أثر نظام إدارة الجودة الشاملة على تقيم أداء العاملين بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة" .

و توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها: هناك فروق جوهرية بين المستشفيات الخاصة من حيث تطبيق مبادئ نظام إدارة الجودة الشاملة،هناك تأثير معنوي لمبادئ إدارة الجودة الشاملة على نظام تقيم أداء العاملين ،بالإضافة إلى أن هناك تأثير معنوي لنظام إدارة الجودة الشاملة على رضا المرضى عن جودة الخدمة المقدمة لهم.

4- دراسة (برهوم، 2007) [٢]: " أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي- دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية"

وقد سعت هذه الدراسة إلى تقويم المبادئ العلمية التي تقوم عليها العملية التدريبية التي تتم في المشافي الجامعية، ومدى انعكاس جودة العملية التدريبية على جودة الخدمات الطبية المقدمة فيها، وقد توصلت في نتائجها إلى عدم مراعاة التجديد والتطوير في أنشطة التدريب وأساليبه ، بالإضافة إلى عدم توافر البرامج التدريبية الخاصة بنشر ثقافة الجودة والجودة الشاملة في الأقسام الطبية المختلفة . و قد أوصت هذه الدراسة بضرورة الاهتمام بتحديد الاحتياجات التدريبية على نحوٍ علمي، و إعداد البرامج التدريبية والتثقيفية حول مفاهيم الجودة والجودة الشاملة في المشافي.

5- دراسة (Yang et al،2008) [١]: " قياس مدركات العملاء لجودة الخدمة الطبية وأثرها في رضاهم في المستشفيات الكبيرة الحجم".

---

[2] عباس ، صلاح منصور،(2001)، أثر نظام إدارة الجودة الشاملة على تقيم أداء العاملين بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التجارة -جامعة عين شمس 2001 .

[1] برهوم ، أديب ، زاهر ، بسام ، السليمان ، وائل ، (2007) ، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي- دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية"- مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية -سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (29) العدد (2) 2007 - ص203-225.

قامت هذه الدراسة في كوريا وطبقت على المشافي التعليمية الكبيرة حيث شملت العينة عدداً من العملاء الخارجيين، وسعت للكشف عن العلاقة بين جودة الخدمة الطبية المقدمة ورضا المريض ورغبته في معاودة تلقي العلاج في نفس المشفى مرة أخرى ، كما هدفت أيضاً إلى قياس نوعية الخدمات المقدمة في المستشفيات الكبيرة الحجم .ورأت أن المستشفيات كبيرة الحجم تعاني من قلة الفاعلية وخاصة في الأقسام التي تعاني البيروقراطية، وهذا ما يشكل عائق في وجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة. و أوصت بإجراء تغيرات منطقية ومستمرة بحيث تستند هذه التغيرات إلى توقعات العملاء، كما أكدت أن نجاح عمليات التحسين المستمرة للجودة يرتبط بمدى الإدراك الجيد لمتطلبات المريض والتركيز على العميل وتطوير الموارد البشرية.

6-دراسة (عبود وآخرون، 2009)[٢] ،" تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي"

وقد استهدفت الوقوف على واقع الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي ومعرفة المعوقات التي تحول دون تقديم خدمة صحية جيدة . وقد أشارت نتائجها إلى أن واقع الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي كان ضعيفا. و اقترحت مجموعة من التوصيات أهمها ضرورة الالتزام بالمعايير الأخلاقية والطبية والإدارية في التعامل مع المريض، إدخال العاملين من أطباء وممرضين وذوي مهن صحية دورات تدريبية مكثفة لاطلاعهم على احدث التطورات العلمية وطرق العلاج، وضع معايير يمكن الاعتماد عليها في تقييم جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

ث-الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الخدمة الفندقية :

1- دراسة (معلا & الطائي،2003)[٣]: " تقييم السياح العرب لجودة الخدمات الفندقية التي تقدمها الفنادق العاملة في الأردن"

قامت هذه الدراسة بتقييم جودة الخدمات الفندقية العاملة في الأردن من قبل عينة من السياح العرب وأوضحت النتائج أن تقييم السياح العرب لجودة الخدمات كان سلبيا"، كما أوضحت

[1] Yang,K et al (2008) , study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital" . Total Quality Management & Business Excellence, Volume 19, Issue 11 November 2008 , pages 1155 - 1171

[1] عبود ، علي سكر ، و آخرون (2009)، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي" ، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية ـــــــــ المجلد 11 العدد 3 لسنة 2009، ص 52- 65

[٣] معلا ، ناجي،والطائي حميد (2003) . " تقييم السياح العرب لجودة الخدمات الفندقية التي تقدمها الفنادق العاملة في الأردن (دراسة تحليلية ميدانية)" مجلة دراسات العلوم الإدارية، مجلد (30).

الدراسة عدم وجود أي أثار للعوامل الديموغرافية على تقييم السياح لجودة الخــدمات باســتثناء عامل الجنسية .

2 - دراسة (الشورة ،2004) [1] : "قياس جودة الخدمات في الفنادق ذات الخمس نجوم في عمان – الأردن ":

اعتمدت هذه الدراسة مدخل الفجوة لقياس الجودة من خلال المقارنة بين الأداء الفعلي للخدمة المقدمة والأداء المتوقع منها ، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمات الفندقية المقدمة فعلاً من قبل الفنادق مقاربة لمستوى جودة الخدمة المتوقعة ،كما بينت الدراسة أن تقييم مستوى الجودة للخدمات الفندقية يختلف باختلاف عوامل المهنة والهدف من الزيارة، ولا يختلف تبعـا" لعامل الجنسية أومدة الإقامة، و قد أوصت الدراسة ضرورة قيام الادارة في الفنــادق الاردنيــة بتبني برامج تسويقية تسعيرية وترويجية تضمن تطوير أسلوب تقديم الخدمات لتواكــب حالــة التنافس في ظل امكانية دخول منافسين جدد الى سوق الفندقة الأردنية.

3-دراسة (Akbaba ،2006)[2]: "قياس جودة الخدمة الفندقية في الفنادق التركية"

شملت هذه الدراسة فئة رجال الأعمال في عدد من الفنادق التركية ، وسعت إلــى قيــاس توقعات النزلاء بشأن جودة الخدمة الفندقية المقدمة بالاعتماد على الأبعــاد الخمســة لنمــوذج SERVQUAL حيث تبنت الدراسة الأبعاد التالية : الملموسية ، الكفاية في تجهيــز الخدمــة ، الراحة ، التعاطف والتفاهم ، الأمان، و قد توصلت إلى أن توقعات النزلاء كانت عاليــة بشــأن الراحة ثم الأمان ثم الملموسية ثم الكفاية في تجهيز الخدمة ثم التعاطف والتفاهم على الترتيب . و حثت على القيام بالمزيد من الأبحاث على مقياس SERVQUAL.

4-دراسة (خوجة ،2007)[3] :" جودة الخدمات الفندقية ورضاء العملاء دراسة ميدانيــة علــى فنادق الدرجة الأولى بمحافظة جدة".

استهدفت هذه الدراسة التعرف على أراء نزلاء فنادق الدرجة الأولى لأهمية عناصر جــودة الخدمة ودرجة رضاهم عن مستوى هذه العناصر ومدى الاختلاف بين كل من إدراك النــزلاء لأهمية عناصر الجودة ورضاهم عنها والخصائص الديموغرافية للنزلاء ، وتوصلت إلى وجود

---

[1] الشورة ، محمد سليم ، (2004) ، قياس جودة الخدمات في الفنادق ذات الخمس نجوم في عمان – الأردن ، المجلة الأردنية للعلــوم التطبيقية ، 2003 ، المجلد السابع ، العدد الأول ، ص 62-76.

[2] Akbaba ,Atilla (2006). Measuring service quality in the hotel industry: A study in a business hotel in Turkey. International Journal of Hospitality Management, Volume 25, Issue 2, June 2006, Pages 170-192

[2] خوجة ، محمد (2007) . جودة الخدمات الفندقية ورضاء العملاء دراسة ميدانية على فنادق الدرجة الأولى بمحافظة جدة". رسالة جامعية غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز.

اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إدراك نزلاء الفنادق لجودة الخدمات الفندقية وبين متغيـراتهم الديموغرافية (جنسية النزيل، عمر النزيل، مستوى تعليمه النزيل، دخل النزيل، سـبب إقامـة النزيل، الجهة التي سوف تدفع إقامة النزيل). و قد أوصت بضرورة الاهتمـام بخدمـة حسـن الاستقبال والترحيب ، إعداد دورات تدريبية للموظفين لرفع مستوى أدائهم ، توفير حوافز مادية ومعنوية للموظفين وتوفير سبل الراحة لهم أثناء العمل ،الاهتمام بسـرعة التسـجيل وتسـهيل الإجراءات عن طريق توفير عدد كبير من الموظفين والعمل على أنظمة حديثة ، عمـل آليـة مسح ميداني عن آراء النزلاء في جودة الخدمة المقدمة لهم والاهتمام بعمـل صـيانة دوريـة للفندق.

5- دراسة (بظاظو& العمايرة، 2010)[١] : "تقييم واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الفنادق "دراسة ميدانية على عينة من فنادق فئة الخمس نجوم في الأردن"

هدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في الفنادق فئة الخمس نجوم لأهميـة تطبيـق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا العميل والتزام ودعم الإدارة العليا، والتحسـين المستمر، بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم، وتوصلت الدراسة إلـى أن العـاملين فـي الفنادق فئة الخمس النجوم يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيـث أظهـرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة. وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا والتزامها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لـدى العاملين، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

6- دراسة (Mohsin & Lockyer, 2010)[٢]: "مدركات العملاء لجودة الخدمة الفندقيـة فـي الفنادق الفاخرة في نيودلهي "

سعت هذه الدراسة إلى تقييم تصورات العملاء لجودة الخدمة في الفنادق الفاخرة في نيودلهي في الهند، ومساعدة إدارة هذه الفنادق لتحديد المجالات التي تحتاج إلى اهتمام لتلبية وتجاوز توقعات العملاء. وقد أجريت هذه الدارسة على مختلف فنادق أربع وخمس نجـوم فـي نيـودلهي ، و أسفرت النتائج عن وجود اختلاف كبير بين التوقعات النزلاء والخدمة المقدمة من قبل العـاملين

[3]ابراهيم، بظاظو ، العمايرة ، أحمد (2010) أهمية تطبيق إدارةالجودة الشاملة في فنادق فئة الخمس نجوم في الأردن من وجهة نظر العاملين، مجلة العلوم الإدارية ، دراسات الجامعة الأردنية ، مقبول للنشر2010

[2] Mohsin, A. & Lockyer, T. (2010). Customer perceptions of service quality in luxury hotels in New Delhi, India: an exploratory study. International Journal of Contemporary Hospitality Management, 22(2), 160-173.

و بخاصة فيما يتعلق بإجراء الحجوزات وأداء العاملين في مكاتب الاستقبال وخدمة الغرف بالإضافة إلى مستوى الأطعمة المقدمة.

وترى الباحثة أن كافة الدراسات السابقة التي تناولت مفهوم جودة الخدمة سواء كانت طبية أم فندقية ،هي دراسات هامة تتكامل مع بعضها في وصف وتحليل الخصائص والمتطلبات الواجب توفرها في الخدمة لتلبي حاجات وتوقعات العملاء وتحقيق رضاهم، حيث استعرضت هذه الدراسات أهم الأدبيات التي عالجت مفهوم جودة الخدمة وإدارة الجودة الشاملة في العديد من المشافي والفنادق .

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في تقييمها وتحليلها للمواصفات الواجب توافرها في الخدمة الطبية والفندقية المقدمة للعملاء القادمين من الخارج في البيئة السورية ، ولكنها تختلف عنها في محاولة دمج عناصر رئيسة وممارسات حديثة وأطر تنظيمية متجددة وفق أبعاد معينة، قائمة على مبدأ خلق بيئة داعمة للتعلم ،وتطوير رؤية تنظيمية مشتركة محفزة للعاملين، وتطوير برامج تدريبية وتعليمية، وتمكين العاملين وزيادة قدراتهم على الإبداع والمجازفة، وتزويدهم بالموارد والمعلومات اللازمة....،وتفعيل دور هذه العناصر في منظماتنا الخدمية وعلى وجه الخصوص في المشافي والفنادق وتحقيق عنصر التنسيق فيما بينها، لتقديم رزمة خدمات متكاملة طبية وفندقية للسياح الطبيين القادمين إلى سورية من الخارج.

الفصل الأول : منظمة التعلم

1- 1 ماهية منظمة التعلم

1- 2 التعلم التنظيمي ومنظمات التعلم

1- 3 المنظمات التقليدية ومنظمات التعلم

1- 4 كيفية التحول إلى منظمات التعلم

1- 5 عوائد تطبيق منظمات التعلم

منظمة التعلم

مقدمة:

شهد العالم الحديث تلاشي حواجز الزمان والمكان عبر ازدياد سرعة الاتصال والتواصل الالكتروني والشبكات المعلوماتية المتطورة، مما أتاح تبادل المعلومات والثقافات وسمح بإنتاج وتوليد المعرفة واستخلاصها.

فظهرت اتجاهات في الفكر الإداري الحديث تدعو إلى تبني هياكل تنظيمية عضوية مرنة وبناء فرق عاملة فعالة وتمكين العاملين وتيسيرهم لعمليات التعلم الفردي والتنظيمي وتشجيعهم على زيادة مهاراتهم ومعارفهم وعلى تبادلها ونشرها ليتم الاستفادة منها على مستوى المنظمة كلها والى جعل هذه الإستراتيجية سياسة طويلة المدى بهدف رفع قدرة المنظمة التنافسية والتكيفية.

وتعد منظمة التعلم آلية فاعلة تمكن المنظمة من التكييف بدرجة عالية مع بيئته ، فتبث النشاط والحيوية في أرجاءه ، وتشجع أفراده على إطلاق طاقاتهم الإبداعية وبراعتهم الشخصية، وتعلمهم كيف يعيدون هيكلة نماذجهم العقلية بشكل جماعي من أجل تعزيز النمو المستمر وتحقيق النجاح التنظيمي.

وتتناول الباحثة في هذا الفصل كافة الجوانب المتعلقة بمنظمة التعلم ماهيتها ،أبعادها، مميزاتها وسلبياتها والعوامل المؤثرة فيها ومعوقاتها.

1-1 ماهية منظمة التعلم:

1-1-1 تعريف منظمة التعلم:

ظهر مصطلح منظمة التعلم(Learning Organization) في نهاية التسعينات من القرن الماضي تحت مسميات متعددة المنظمات الذكية (Organization Intelligent) والمنظمات المفكرة (Thinking Organization) والمنظمات العارفة (Knowing Organization) ، حيث احتوى على عدد كبير من المفاهيم والقضايا المتصلة بمجالات علمية متعددة مثل علم السياسة والاقتصاد والسلوك التنظيمي ونظرية النظم وعلى هذا الأساس اتجه الباحثون إلى دراسته من زوايا متعددة ومن منظور مختلف كل بحسب الزاوية أو المنطق الذي اعتمده[1]. وهي مرتبة من الأقدم إلى الأحدث كالآتي:

---

[1] السالم ، مؤيد سعيد، (2005). منظمات التعلم ، (القاهرة : المنظمة العربية للتنمية الإدارية – بحوث ودراسات ،2005)_ص30.

تعد دراسة (Senge,1990)[1] من أهم أشهر الباحثين في مجال منظمـــة الـــتعلم وبخاصـــة عندما ربط بين مفهوم منظمة التعلم والتفوق التنظيمي وركز في تعريفه للمنظمة المتعلمة علـــى **فكرة الأنظمة** حيث عرفها بأنها "المنظمة التي يعمل فيها الأفراد باستمرار على زيادة قـــدراتهم على تحقيق النتائج التي يرغبونها بدقة من خلال إعادة هيكلة نماذجهم العقلية بشـــكل جمـــاعي وتشجيع وتطوير ومساندة الأفراد ليصبحوا مفكري نظم ".

وقام (Garvin,1993) [2] بالتركيز في تعريفه للمنظمة المتعلمة على **فكرة المعرفة** حيـــث عبر عنها بأنها "المنظمة التي تتمتع بمهارة خلق المعرفة والحصول عليها وتحويلها إلى أفكـــار واختراعات مبتكرة ومبدعة تسهم في تحسين أداء المنظمة ككل".

وركز (Argyris,1993)[3] في تعريفه للمنظمة المتعلمة على نظرية **النشاط والفعل** " هـــي المنظمة التي تكون فيها المعرفة متاحة للجميع ومستخدمة ببراعة وفق طرق فعالة، فينشط فيهـــا الأفراد ويتعاونون ويتعلمون معا" من أجل الوصول إلى نتائج مبدعة ومتميزة ".

وأكد (Pedler ,1997)[4] على مبدأ **النمو والبقاء** حيث عرفها بأنها " الشجرة المثمرة التـــي ينبعث منها النشاط والحيوية ، فتسعى لوضع الأسس اللازمة لتسهيل عملية الـــتعلم ، وتكييـــف نفسها لتتلاءم مع هذه العمليات بما يضمن لها البقاء والتطور". ويتضمن هذا المفهـــوم نقطتـــين أساسيتين :

- ضمان استمرارية عمليات التعلم ، وتطوير قدرات العاملين بالمنظمة.
- التطوير الذاتي المتواصل لكل المنظمة ككل والعمل على وضع قنوات تربط تعلم الأفراد بسياسات المنظمة واستراتيجياتها.

ووضح (Marquardt,2004)[5] في تعريفه للمنظمة المتعلمة مبدأ **الانتفاع من التكنولوجيا والمعرفة** فهي " المنظمة التي تتعلم بقوة وبشكل جماعي وتستفيد من التطورات التقنية لاكتساب المعرفة وإدارتها واستخدامها بشكل أفضل لتكييف مع الظروف البيئية المتغيرة ".

---

[1] Senge,P.M. (1991). The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday Currency. p14

[2] Garvin, D. (1993). Building Learning Organizations. Harvard Business Review, 71, (July-August) p80.

[3]Argyris, C. (1993). Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change. San Francisco, CA: Jossey-Bass . p6

[3]. Pedler, M., Burgoyne, J., & Boydell, T. (1997). The learning company: A strategyfor sustainable development (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.p22

[5] Marquardt ,M.(2004). Harnessing the power of action learning . Training & Development T+D ,Vol.58,Iss .6,pp; 26 -32.p23

وهناك العديد من الاجتهادات العربية في مجال منظمة التعلم تحت مسميات متعددة كمفهوم التغذية المرتدة ومفهوم التقويم الذاتي والتكييف والتغير ومجال نشر وتوظيف المعلومات والإبداع وغيرها. ويعد (هيجان، 1998)[1] من أوائل المفكرين العرب الذين بحثوا مفهوم منظمات التعلم حيث عرفها بأنها " المنظمة التي تسعى لتبني التعلم كعملية مستمرة نابعة من رؤية أعضاء المنظمة، واستثمار خبرات وتجارب المنظمة ورصد المعلومات الناجمة عنها للاستفادة منها في تحقيق النمو والتطوير التنظيمي" .

وتركز (صقر ،2003)[2] على مبدأ **الرؤية المشتركة** حيث أنها " المنظمة التي تروج تبادل المعلومات بين العاملين من أجل خلق قوة عمل أكثر معرفة وأجواء عمل مرنة للغاية حيث يبحث العاملون فيها عن أفكار جديدة ليتكيفوا معها وليتبادلونها من خلال الرؤية المشتركة" .

ويؤكد (السيد،2005)[3] على مبدأ **التغيير التنظيمي** فهي "المنظمة التي تحث أفرادها على التعلم المستمر، وتبني المعرفة واستخدامها في تغيير سلوكيات المنظمة وأعضائها للتكييف مع ظروف البيئية المتغيرة".

ويركز (حمود،2008)[4] على **مبدأ المعرفة** فهي "المنظمة التي تمتلك مجموعة من الخصائص تمكنها من خلق واكتساب ونقل المعرفة، والاستفادة من هذه المعرفة في تغيير سلوكياتها من أجل تحسين أدائها التنظيمي".

و تركز الباحثة في تعريفها للمنظمة المتعلمة على مبدأ جودة الخدمة فهي " منظمة تتبنى فلسفة إدارية جديدة تؤكد على ضرورة الاستباق والتأثر والاستجابة للتغييرات وحالات عدم التأكد البيئي. و قدرتها على التعلم المتواصل والتبادل الجماعي للمعلومات والخبرات والمعارف وتغيير سلوكها ورسم آلياتها ونظمها بما يحقق مستوى متميز من الجودة على كافة المستويات والمراحل وتقديم خدمة متميزة للعملاء وتلبية توقعاتهم ورغباتهم."

---

[1] هيجان، عبد الرحمن أحمد،(1998). التعلم التنظيمي: مدخلاً لبناء المنظمات القابلة للتعلم، مجلةالإدارة العامة، المجلد(37)، العدد(4)، الرياض، 1998.675-712.ص677.

[2] صقر، هدى (2003) . المنظمة المتعلمة والتحول من الضعف الإداري ، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العربي الرابع للمنظمة العربية للتنمية الإدارية ، ص131.

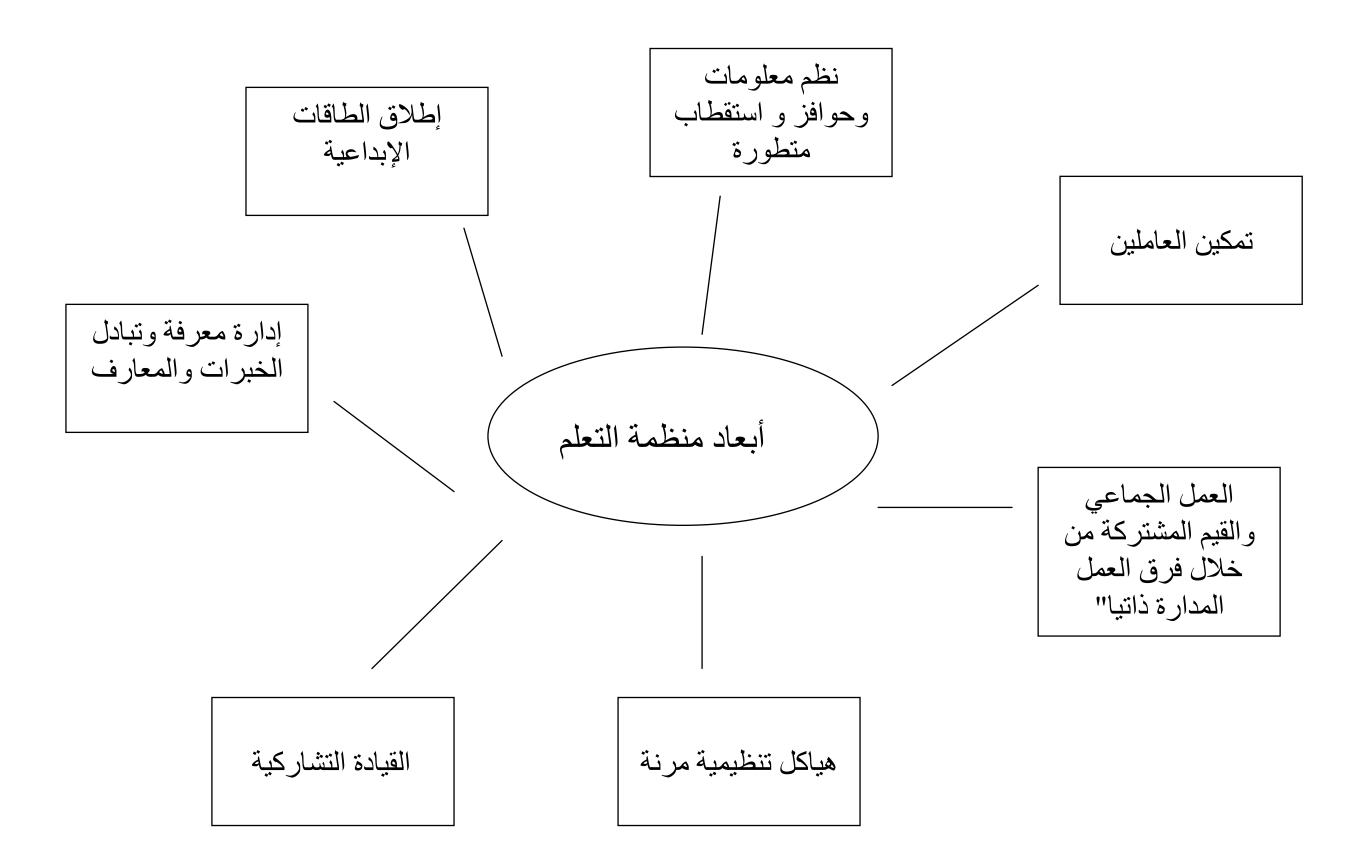
[3] السيد، محمود محمد ، (2005) . " أثر الهيكلة التنظيمية على التحول إلى منظمات التعلم . دراسة تطبيقية على مستشفيات جامعة عين شمس "، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، عدد2، ص ص ، 67- 148. ص75.

[4] حمود ، عبد الكريم . (2008) . مرجع سبق ذكره.ص32.

2-1-1 أبعاد منظمة التعلم:

من خلال التعاريف السابقة ترى الباحثة ضرورة امتلاك المنظمة لسـمات محـددة للتقيـيم كمنظمة تعلم :

- شكل رقم (1- 1) أبعاد منظمة التعلم -*



*__المصدر : من إعداد الباحثة__

1- الاهتمام بتمكين العاملين وإطلاق طاقاتهم الإبداعية والاستفادة من معارفهم وخبراتهم المعلنة والضمنية من خلال المناقشة والحوار والمشاركة في حل المشاكل وصنع القرارات.

2- تبني هياكل تنظيمية مرنة تساعد على تبادل المعارف واكتسابها وتسهل عملية الـتعلم بـين أفراد المنظمة كالهيكل المفلطح والشبكي والتنظيم العرضي.

3- توفير النظم الأساسية كنظم معلومات وحوافز واستقطاب متطورة ومساندة لعملية التعلم.

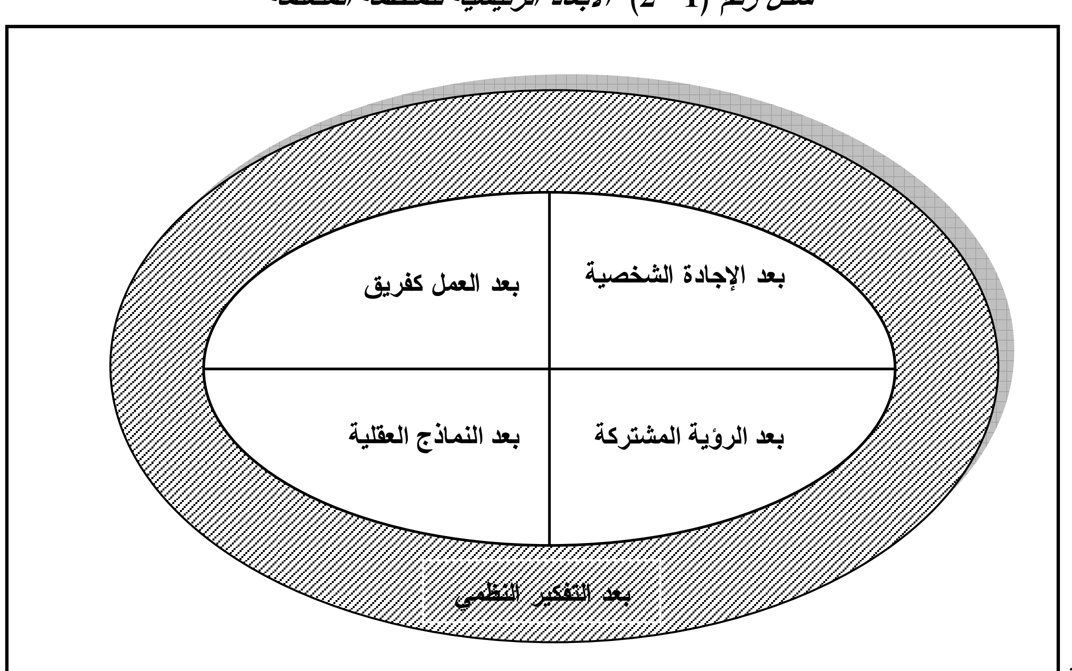
4 – إبراز دور نمط القيادة التحويلية والتركيز على العمل الجماعي والقيم المشتركة وبناء فرق العمل كإستراتيجية للتطوير وتحقيق ميزة تنافسية.

تخلص الباحثة إلى القول بأن منظمة التعلم تتمتع بخصائص هامة ترفع قدرتها على التكييف مع البيئة المحيطة والقدرة على تحسين جودة الخدمات المقدمة وتحقيق ميزة تنافسية ، كما أن قدرة منظمة التعلم على التغيير والتكييف مع البيئة المحيطة وقدرتها على اكتساب المعرفة وتمكين الأفراد والقدرة على الإبداع...الخ، يفسر أهمية الدعوة إلى تبني منهج منظمة التعلم كوسيلة لتحقيق ميزة تنافسية لأن جعل المراكز الخدمية كالمستشفيات والفنادق تتمتع بالخصائص السابقة يرفع قدرتها على تقديم أفضل الخدمات للعملاء وبالتالي يشكل عامل جاذب للسياح الطبيين من الخارج.

3-1-1 أركان منظمة التعلم:

يؤكد (Senge , 1991)[1] في كتابه الضوابط الخمس أنه ينبغي على المنظمة التي تريد أن تكون من منظمات التعلم أن تحقق في بيئتها خمس أبعاد أساسية وأن تمارسها بشكل دائم لتحقق التفوق العملي، حيث يبدأ تحقيق هذه الأبعاد في الأفراد ثم انتشارها على مستوى المنظمة ككل.

- شكل رقم (1- 2) الأبعاد الرئيسية للمنظمة المتعلمة -



*

***المصدر (Senge ,1991)**

[1] Senge P.M ,(1991.), op cite, p141-p142

وقد قامت العديد من الدراسات بتبني الأبعاد الخمسة ل ***Senge*** في بحثها حول مفهوم منظمة التعلم) {(Marquradte, 2002)[1] (Howe , 2005)[2]; (Haworth , 2005)[3]; (عباينة وآخرون ، 2008)[4]; (حمود،2008)[5].} وفيما يلي سرد لهذه الأبعاد:

1 - الإجادة الشخصية Personal Mastery:

ويعكس هذا البعد التفوق والطموح الشخصي للنمو والتعلم ، فهو يشير إلى عملية التعلم من أجل توسيع القدرات الشخصية وتحسين مستوى البراعة من أجل تحقيق الأهداف، وهذا لا يتأتى فقط من خلال اكتساب المزيد من المعلومات، ولكن توسيع القابلية أو القدرة على إحراز النتائج التي نريد تحقيقها ، إن التعلم هنا تعلم توليدي دائم، والذي يدعم قدرات الأفراد في امتلاك المعرفة وتطوير القدرة على التعلم المستمر، وبما يتطلب وجود التزام بالحقائق وواقعية وانتماء حقيقي واندماج في عمليات التعلم والنمو، بالأفراد ذوي المستوى المرتفع من البراعة الذاتية والذين يمتلكون التزاما" أكبر ويقومون بمبادرات خلاقة وكثيرة مفيدة للمنظمة وشعور عميق وواسع بالمسؤولية في أعمالهم. وإن سعيهم من أجل التعلم المستمر هو شرط أساسي من أجل بناء المنظمة المتعلمة، وذلك من خلال العمل على توضيح الرؤية والقيم والأهداف التي يحملها كل فرد في المنظمة، وفي كافة المستويات الإدارية.

2- النماذج العقلية Mental Models:

وهي التصورات داخلية موجودة مسبقاً في ذهن الفرد، وتعكس قيمه وثقافته وميوله الفطرية وتؤثر على سلوكياته وردود أفعاله ورؤيته للأمور، والصور الذهنية حسب رأي Senge بحاجة إلى التعلم لاستحضارها إلى السطح، وقد ذكر عدد من المهارات الضرورية لبناء استراتيجيات التعامل مع النماذج العقلية هي :

- التأمل وإدراك التغييرات المفاجئة للمفاهيم المجردة والقدرة على الانتقال من مشاهدة هذه السلوكيات إلى التعميم حول المسببات أو الظاهرة .

---

[1]Marquradte,M. J. (2002).Building the learning organization: Mastering the five elements For corporate learning, Palo Alto, USA: Davies-Black Inc. Publishing.

[2] Howe ,S,N, (2005). Learning Organization discipline and their impact on a high- technology company ' s adaptive capacity ,M .A ., leadership and training ,Royal Roads University ,2005),pp; 1-145.

[3] Haworth , A, (2005). Becoming a Learning Organization , M, A, University of New York ; Empire State College ,2005,pp;1-75.

[4] عباينة ، رائد ، العدوان ياسر ، (2008).العوامل المؤثرة في ممارسة التعلم التنظيمي في البلديات الأردنية . مجلة الإدارة العامة ، المجلد 48 ، العدد 3 . ص 435- 475.

[5] (حمود ،2008) مرجع سابق ذكره.

- الانتباه لما هو خفي من ألفاظ وأفكار ضمنية لتوفير وعي كامل بالأفكار والافتراضات المتاحة
- الاستفسار والقدرة على استخدام الخبرات في حل المشكلات وإدراك محددات المعرفة وإتاحتها للتعلم منها.

فالتعلم لا ينتج المعرفة والخبرة التي تم اكتسابها كحقائق فقط و لكن يساعد على توضيح هذه الصور الداخلية في الفرد وتوفر له أداة لتغذية التفسيرات المتعددة وتظهر له الأشكال المختلفة من الفهم والاستيعاب وبالتالي تساعد على تحقيق الانفتاح المطلوب لتحديد أوجه القصور الحالية والخروج بأساليب وأنماط جديدة من الفكر.[1] مما يحتم على المديرين مساعدة العاملين على تحديد ومراجعة أساليبهم في التفكير والمتعلقة بافتراضاتهم الشخصية عن الكيفية التي تجري فيها الأمور والتي على أساسها يتخذون قراراتهم في أعمالهم اليومية والخروج من ذلك بأساليب جديدة في التفكير تتناسب والظروف الراهنة للمنظمة بما يصب في مصلحة المنظمة و يساعدها على تحقيق أهدافها وغاياتها.[٢]

3–الرؤية المشتركة Shared Vision:

الرؤية المشتركة هي القوة الدافعة لعملية التعلم في المنظمة المتعلمة، وهي انعكاس للرؤى الشخصية للأفراد العاملين في المنظمة، ويجب أن تكون نابعة من تفاعل الأدوار والأهداف المشتركة ومن العمل المشترك والاعتماد المتبادل للأفراد ، تستنبط التزامهم وتحفزهم باتجاه تحقيق أهداف المنظمة. وتساعد على تزويد الأفراد بجهود خلاقة ومركزة لتكون موجهة للتعلم الإبداعي ، وتقوي شجاعة الأفراد وتحديهم للمخاطر وتبث فيهم روح المغامرة.

"وبدون وجود رؤية واضحة لمهمة المنظمة فان الموظفين لن يكلفوا أنفسهم عناء تحمل مسؤوليات جديدة أو إطلاق العنان لطاقاتهم ومهاراتهم وخبراتهم، بينما الرؤية المشتركة بين الأفراد تخلق مناخا" يحقق التفاعل الايجابي المنتج بينهم ويجمع ويركز الطاقات وينتج عنها إدارة ذاتية تمنع أية اتجاهات للفوضى داخل المجموعة و تصبح الدستور والمعيار لعملية اتخاذ القرارات داخل المجموعة وتخلق الشعور بالتوحد وتوحد الهدف المشترك الذي يمنح الجميع القوة عند مواجهة التحديات ." [٣]

4– تعلم العمل كفريق Team Learning:

---

[1] Snell ,R,S,(2001). Moral Foundation of the LO, Human Relation , 54 , 3, p321.

[٢] شاكر، ليلى حسام الدين، (2001)، مرجع سبق ذكره ،322.

[3] Goh, S. (1998). Toward a learning organization: The strategic building blocks. S.A.M. Advanced Management Journal, 63(2), 15-22.

إن الفرد كائن اجتماعي بطبيعته يميل إلى المنافسة ومحاكاة الآخرين مما يدفعه إلـــى بـــذل المزيد من الجهد عند العمل ضمن فريق . وإن تشكيل فرق العمل وكيفية العمل علـــى ضـــمان استمرارية تعلمها هو جوهر منظمة التعلم، فالمنظمات تتعلم ليس فقط على مستوى الأفراد، بـــل على مستوى الجماعة أيضاَ ، و"تعلم العمل كفريق هو عملية مستمرة يتم مـــن خلالهـــا تجميـــع وتطوير قدرة الفريق للوصول إلى النتائج المرغوبة والتي أجمع عليها أعضاء الفريق ، فـــالتعلم الجماعي ما هو إلا تجميع المهارات الفردية ووضعها في سياق جماعي من أجل رؤية صـــورة أكبر. و إن تحقيق هذه الخطوة يتطلب وجود عنصر الالتزام عند أعضاء الفريق بتطوير الرؤية كما يبنى أيضا" على تطوير النماذج العقلية و الإجادة الشخصية لدى أعضاء الفريق."[1]

و على القادة في المنظمات الحديثة الإدراك أن التعلم الجماعي والعمل المشترك أمر حيوي، وفرق العمل هي وحدة التعلم الأساسية ، وبالتالي تشجيع الأفراد على العمل الجماعي عبر شحذ مهاراتهم وخبراتهم وتجاربهم وقدراتهم وصهرها في بوتقة واحدة ليتم التفكيـــر ســـوية لوضـــع الفرضيات و إيجاد الحلول للمشاكل واتخاذ القرارات من خلال الحـــوار و المناقشـــة والعمـــل المشترك .

5 –أنظمة التفكير System Thinking :

إن الانضباط الخامس أنظمة التفكير أو التفكير النظمي يعتبر حجر الأساس أو الزاوية فـــي المنظمة المتعلمة، حيث يساعد على الفهم الكامل للعلاقات بين جميع مكونات المنظمة بدلا" مـــن المكونات الجزئية للتفكير، وهو بمثابة المادة اللاصقة التي تربط و تـــدمج الضـــوابط الأربعـــة السابقة معا" وتحقق الانصهار في شكل كيان متماسك من النظرية والتطبيق.

فأنظمة التفكير "تستند إلى التفكير الخطي ولاخطي في التعاطي مع المشـــكلات التنظيميـــة عبر ما يعرف بخرائط النظم. إذ تجزأ المشكلة إلى مكوناتها ليدرس كل منها بشكل منفصل لتتم صياغة الاستنتاجات الخاصة بالأجزاء ككل ووفق المخططات المبينة لعناصر النظـــام وكيفيـــة ترابطها مع بعضها البعض"[2].

وبالتالي" فهي تمثل مدخلا" تحليليا" يركز علـــى العلاقـــات الســـببية والتفاعليـــة والمفـــاهيم والسلوكيات ، ودمج البعد الزمني للقرارات ، ورؤية التغيير كعملية دائمـــة ، وفحـــص الكـــل المتكامل وإدراك الترابطات الداخلية فيما بين الأفراد والفرق والمنظمة ، والســـماح للأعضـــاء

[1] Senge P.M ,(1991.), op cite, 146

[2] رشيد، صالح عبد الرضا وآخرون، (2006)، نحو منظمات محلية متعلمة في ظل الألفية الثالثة: دراسة اختباريه في الشركة العامة للصناعات الكهربائية، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، العدد 14، 2006.ص47.

برؤية النموذج التنظيمي ومعرفة النطاق المؤثر لقراراتهم وفهم أسباب المشكلات وتوقع الحلول الناجعة وتطوير المهارات والقدرات والمهارات للوصول إلى منظمة التعلم"[١].

فاعتناق مبدأ أنظمة التفكير يحسن عملية التعلم بإقناع الأفراد بالتركيز على نظام بأكمله. و تزويد الأفراد بالمهارات و الأدوات لتمكينهم من اشتقاق أنماط جديرة بالملاحظة في الأنظمة . مما يساعد المدراء والموظفين على حد السواء لرؤية كيف يتم التصرف من خلال الرؤية الشاملة للمتغيرات التنظيمية وترابطها مع المتغيرات البيئية والمساعدة على إحداث تغيير استراتيجي ، والعمل مع تدفق الحياة كنظام بدلا" من فحص و محاولة تصحيح الأجزاء ، وانجاز العمليات بتناغم ، وتفهم كيفية تغيير الأنظمة عمليا" مما يساعد على انجاز العمليات والوصول إلى الأهداف المنشودة بشكل أفضل.

وترى الباحثة أن قيام القائمين على إدارة المنظمات السياحية ومنظمات الرعاية الطبية في سورية بتبني الأبعاد الخمسة للمنظمة المتعلمة والحرص على تدعيمها من خلال العمل على خلق الرؤية المشتركة والتتابع بتغذية النماذج الفكرية الممتدة بالنماذج الجديدة وإطلاق الطاقات الإبداعية العاملين مع إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق إمكاناته المميزة، وربط بين المسببات للوصول إلى حلول للمشكلات، دوره في زيادة إنتاجية قواها العاملة وتطوير مؤهلاتهم والوصول إلى التميز في الأداء وكسب ولاء العملاء .

4-1-1 أهمية منظمات التعلم:

يرى (Calvert et at,1994)[٢] أن أهمية منظمات التعلم تعود إلى الفوائد العديدة التي تحصدها المنظمات عند تحولها إلى منظمات التعلم والمتمثلة في تحسين الأداء وزيادة رضا العملاء ، وتحقيق حصة سوقية أكبر، ومواصلة النمو والتعلم ،واختزال الوقت اللازم للتطوير وتفادي الاختناقات التنظيمية .

و يؤكد (Marquardt,1996) [٣]أن أهمية منظمات التعلم تكمن في قدرتها على مواجهة التحديات التي تواجه المنظمات بكفاءة وفاعلية ومن هذه التحديات:

- ازدياد حدة المنافسة وسرعة التغيير التي تتطلب من المنظمة السرعة في مواجهة المشاكل وإيجاد حلول لها.

---

[2]Sandra Kaiser ,(2000),Mapping the learning Organization : Exploring A Model of Organizational Learning , (Ph .D ., Louisiana State University .2000) , pp; 1-331,P:49.

[2]Calverst, G.et.al.(1994)."Grasping The Learning organization". Training and Development ,Vol .(48),(No.6).p38.

[٣]Marquardt ,M.J., (1996).Building The Learning organization: A system Approach to Quantum Improvement and Global Success, McGraw-Hill, p20-p21.

o تركيز الاهتمامات نحو تلبية حاجات ورغبات العملاء المتزايدة والمتقلبة ، مما يفرض على المنظمة ضرورة الموازنة بين الموارد المتاحة وأهداف المنظمة ومتطلبات العملاء.

o تكلفة التدريب الباهظة التي تتكبدها المنظمة لتطوير وتأهيل عامليها والتي تشكل عبء كلفة إضافية.

o الاتجاهات الحديثة التي تدعو إلى تمكين العاملين وتفعيل دور المدير المعلم والخبير إضافة إلى دوره كراع لسير العمليات في المنظمة .

o تلاشي قيمة المعلومات والخبرات التي يكتسبها العاملون خلال عملهم ، إذا لم يتم تحليلها وتوثيقها في الذاكرة التنظيمية ،للاستفادة منها فيما بعد.

ويؤكد (الكبيسي ، 2004)[1] "أن التقدم التقني والانفجار المعرفي وازدياد حده التنافس وتغيير تركيبة الاجتماعية للعاملين والعملاء على السواء ،حيث أصبح العاملون أكثر معرفة والعملاء أكثر تطلبا"، هي من أهم المبررات التي تدعو لتحول المنظمات إلى منظمات التعلم."

وترى الباحثة أن سهولة الاتصالات العالمية والتوصل للمعلومات ساعدت على زيادة وعي السياح الطبيين بأحدث المعالجات الطبية المتوفرة والخدمات الممكنة المرافقة لها، وبالخيارات ذات الجودة العالية والتنوع المتعدد والتكلفة المنخفضة ، مما يستدعي توجيه فنادقنا ومشافينا نحو التحول إلى منظمات التعلم لكسب التميز في المنافسة وغزو أسواق السياحة العلاجية ، وكسب الزبائن من خلال الأداء المتميز والخدمة المتقنة والاستخدام الأمثل للموارد.

2-1 التعلم التنظيمي والمنظمات المتعلمة:

إن كلا من مفهومي التعلم التنظيمي ومنظمة التعلم مترابطان ولفهم العلاقة بينهما لابد من تسليط الضوء على بعض النواحي المتعلقة بالتعلم التنظيمي :

1-2-1 مفهوم التعلم التنظيمي:

يرى (Senge ,1990)[2] أن عملية التعلم التنظيمي هي "الاختبار والمراجعة المستمرة للخبرات ، وتحويلها إلى معرفة تستطيع المنظمة الحصول عليها ، وتوظيفها لأغراضها الرئيسة.

ويشير (Huber,1991)[1] إلى أن التعلم التنظيمي هو المعالجة الصحيحة للمعلومات المكتسبة التي يصاحبها أو ينتج عنها تغيير في سلوك المنظمة ، ويشير إلى أربع عمليات لابد من تكاملها

---

[1] الكبيسي، عامر خضير ، (2004) . إدارة المعرفة وتطوير المنظمات ، (الإسكندرية ، المكتبة الجامعي الحديث)ص87

[2] Senge P.M ,(1991.), op cite, p6

معا" في التعلم التنظيمي (الحصول على المعرفة – توزيع المعلومات – تفسير المعلومات – الذاكرة التنظيمية).

ويؤكد (Levell,2003)[٢] أن التعلم التنظيمي بأنه مجموعة العمليات التي تستخدم في الحصول على المعرفة وتطبيق السلوكيات والأساليب والقيم الجديدة ، كما يشتمل على تنمية البصيرة والاستنتاجات عن فعالية الأفعال السابقة وتأثيرها على الأفعال المستقبلية .

فعملية التعلم التنظيمي تتميز بعدد من الخصائص هي ما يلي[٣]:

- إن عملية التعلم التنظيمي عملية دينامكية هيكلية تتضمن عدد من العمليات الفرعية المتمثلة في اكتساب المعلومات وتخزينها في ذاكرة المنظمة وتسهيل عملية الوصول إلى هذه المعلومات وتنقيحها مما يؤدي إلى بناء الذاكرة التنظيمية وتطويرها.
- إن ذاكرة المنظمة هي المحور الرئيسي في عملية التعلم التنظيمي حيث تتضمن ثلاثة جوانب رئيسة للفهم المشترك للمعاني والتجارب التي تمر بها المنظمة وهذه الجوانب هي الهوية التنظيمية والصورة العرضية ثم الروتين التنظيمي.
- إن التعلم التنظيمي يأتي من خبرة المنظمة وتجاربها اليومية، سواء كانت هذه الخبرة فردية أو جماعية أو على مستوى المنظمة.
- إن عملية التعلم التنظيمي ليست شيئاً مستقلاً عن ثقافة المنظمة وبيئة المنظمة، حيث أن هذه العملية تؤثر وتتأثر فيها وذلك فيما يتعلق ببناء المنظمة وطبيعة البيانات الموجودة فيها وكيفية حفظها لهذه البيانات، ثم علاقتها بالمنظمات الأخرى التي تتعامل معها.

وترى الباحثة أن التعلم التنظيمي هو عملية حيوية ديناميكية تتم على مستوى الأفراد والفرق الرسمية وغير الرسمية كحصيلة للخبرات والتجارب الداخلية والخارجية وهو بحاجة إلى مساندة القيادة لتحقيق الأهداف المرجوة منه.فعلى المدراء في المنظمات السياحية في سورية توجيه العاملين فيها نحو الاستفادة من خبراتهم وتجاربهم في تنمية طرق وأساليب جديدة لجذب العملاء من الخارج ،والمساهمة في بناء قاعدة متينة للسياحة العلاجية .

---

[1] Huber,G.,(1991). Organizational learning: The Contributing Process and Literature ,Organizational Science,Vol .2,No.(1),pp.88-115

[2]Levell, D B, (2003), Integrated Organizational Culture and Learning, Master Thesis in Leadership and Training, Royal Roads University,

[٣] هيجان، عبد الرحمن أحمد، مرجع سبق ذكره، ص682

2-2-1 أشكال التعلم التنظيمي:

تشير أدبيات الإدارة إلى وجود مجموعة من أنماط التعلم التنظيمي في المنظمات على اختلاف أنواعها، وعلى اختلاف مجال النشاط الذي تمارسه. ولكن سيقتصر عرضنا هنا على ثلاثة أنماط للتعلم التنظيمي وهي[1]:

1 - التعلم الأحادي الدورة Single- Loop Learning :

هو التعلم الذي يهدف إلى تحقيق تحسين في الأداء من دون تغيير في الثقافة التنظيمية السائدة و أهداف المنظمة. حيث تكتشف الأخطاء وتصحح وتستمر المنظمات بسياساتها وأهدافها الحالية، فيتعلم الأفراد من تجاربهم وممارستهم ، وما يترتب عليها من نتائج ومخرجات فإما يكونوا راضين بنتائج قراراتهم و تصرفاتهم ، فيحرصون على تكرارها في المواقف المماثلة أو غير راضيين عنها فيتوقفون عن العمل بها. و هو يعكس التعلم التكيفي عند Senge.

2-التعلم الثنائي الدورة Double- Loop Learning:

هو تعلم عالي المستوى الذي يهدف إلى اكتشاف وتصحيح الأخطاء، بتعديل المعايير الموجودة والإجراءات والسياسات والأهداف. كما يتضمن التعلم الثنائي (DLL) قاعدة معرفة المنظمة أو الكفاءات المحددة للمنظمة لتحقيق الارتقاء الكلي للمنظمة مع تحقيق تغيير جذري في الاعتقادات الحالية وأهداف المنظمة ، حيث يلجأ الأفراد إلى إثارة تساؤلات عميقة حول الأوضاع الخاطئة التي تمس النظام ذاته ويبحثون عن عوامل النجاح والفشل وعن صلاحية القيم و البناء التنظيمي لتحقيق الأهداف المنشودة.

3-التعلم الثلاثي الدورة Third –Loop Learning:

ويحدث عندما تتعلم المنظمات كيف تنفذ حلقة التعلم الأحادي و الثنائي، فيركز على تصحيح الأخطاء من خلال تحليل المواقف والتأمل فيها وإيجاد اطر جديدة للفهم و يترتب على ذلك إعادة تقييم الأساليب والأنظمة بنظرة شاملة تؤدي إلى تكوين معرفة جديدة ، واكتساب قيم جديدة مساعدة على إعادة صياغة الهياكل التنظيمية ملائمة للتعلم. حيث يعكس التعلم الثنائي و الثلاثي الدورة التعلم التوليدي.

فالفرق بين التعلم أحادي وثنائي وثلاثي الدورة يكمن في كون التعلم الأحادي الدورة ملائم للمنظمات البيروقراطية أو المنظمات التي تعمل في ظروف مستقرة نسبيا" وبيئة بطيئة التغيير التي ترغب في الحفاظ على قيمها وثقافتها. بينما التعلم ثنائي وثلاثي الدورة فيعكس تعلم

---

[1] Wing, K, (2004), People-focused Knowledge Management, Elsevier Inc, New York, p343.

استراتيجي ومستقبلي لأنه يهدف إلى إحداث تغيير جذري وكلي في كل المعـايير الاجتماعيـة والاعتقادات المهيمنة وفرضيات المنظمة بالإضافة إلى خلق المعرفة الجديدة في الأفراد، وهـو أنسب للمنظمات التي ترغب في التحول إلى منظمات متعلمة.

وترى الباحثة أن منظماتنا الطبية والسياحية في أمس الحاجة للتعلم الثنائي والثلاثي الدورة ، حيث يزيد من قدراتها التكيفية على المدى البعيد ويكسبها ميزة تنافسـية وبـنفض عنها غبار البيروقراطية، ويساعدها على إعادة هندسة سلوكيات العاملين بما يطلق طاقـاتهم الابتكارية ويلبي احتياجات العملاء المتعددة.

3-2-1 استراتيجيات التعلم التنظيمي:

تقوم المنظمات بتبني مجموعة من الاستراتيجيات لتفعيل التعلم فيها ومن هذه الاستراتيجيات: [١]

- استراتيجيات التعلم المؤسسي: مثل ورش العمل، خرائط توزيع وتدفق المعرفـة ، مجموعـة التعلم الفعال ،برامج الفضاء المفتوح ، شبكات التعلم داخل وخارج المنظمة ، قـادة العمليـات ، المؤتمرات ،المجموعات الصغيرة مع المسهلين ، بناء خطة من أفكار المجموعات المتعددة.
- استراتيجيات التعلم الفردي والجماعي :مثل التقارير، مجموعات العمل،التدريب التـوجيهي، المهمات الخاصة،برامج الرعاية المهنية، العمل بالخارج.

وتختلف الاستراتيجيات التي تتبعها المنظمة للتعلم من منظمة لأخـرى بحسـب إمكانياتهـا المادية والبشرية وطبيعة بيئتها وثقافتها ومدى استعداد أفرادها للتعلم ورؤية قادتها.

4-2-1 أبعاد التعلم التنظيمي:

تجمع أدبيات الإدارة أن للتعلم التنظيمي ثلاثة أبعاد أساسية :[٢]

1-البعد الاستراتيجي :

– ويتضمن هذا البعد العناصر التالية:

- الرؤية المشتركة بين أعضاء التنظيم : وتعني أن ينظر أعضاء التنظيم إلى مستقبل المنظمـة وأهدافها بمنظار واحد أو برؤية متشابهة مما يؤدي إلى ترابط علاقاتهم وتوحيد جهودهم، وعند غياب الرؤية المشتركة الواضحة ستفقد المنظمة الطرق الصحيحة لمعرفة مدى تقدمها ونجاحها

[1] Borzoney & Hunter ,1996..Becoming A learning organization Through Partnership. The Learning Organization ,Vol 3,No 1. pp22-30

[٢] أيوب، ناديا حبيب،(2004). دور ممارسة التعلم التنظيمي في مساندة التغيير الاستراتيجي في المنشآت السعودية الكبرى، الإدارة العامة،المجلد(44)، العدد(1)، الرياض.ص73-76.

▪ متابعة التغيرات البيئية : وهذا يعني قيام المنظمة بالانتباه الشديد والفحص المستمر لما يجري حولها في بيئتها المحيطة، والتنبؤ بالتغيرات ووضع خطط بديلة للتكيف معها.وبالتالي تعتبر البيئة المحيطة بمثابة مستودع وحافز للتعلم.

▪ تبني استراتيجيات التعلم الرسمية وغير الرسمية مثل التساؤلات المستمرة والمناقشات والتأملات والتفكير المعمق والحوارات والإطلاع والتي تفيد بالتالي في تقييم مدى نجاح عمليات التعلم والنتائج المتحصلة من الخبرات والتجارب، وفي ترشيد السلوكيات وتحسينها.

2- البعد التنظيمي :

- ويرتبط بالعناصر التالية :

▪ العمل الفرقي: حيث يساعد على اندماج العاملين من خلال المشاركة والعمل الجماعي ، ويشجعهم على تبادل الخبرات والمعارف وتوليد أفكار مبتكرة ومبدعة للتعامل مع المشكلات والاستجابة للتغييرات.

▪ الهيكل التنظيمي المرن : حيث أن توافر هياكل تنظيمية مسطحة وأفقية كالهيكل العضوي وهيكل الفرق يحسن الثقة التنظيمية ومفهوم المشاركة ويسهل تدفق المعلومات ويقلل المستويات الإدارية وينمي التعلم.

▪ إدارة المعرفة: ونشرها من خلال تبادل الخبرات والمعارف والتعلم من الأخطاء السابقة ، والتعرف على أفضل الممارسات الإدارية ونقلها إلى جميع العاملين للاستفادة منها من خلال قنوات اتصال مفتوحة رأسيا" وأفقيا".

3 – البعد الثقافي :

- ويرتبط بالعناصر التالية :

▪ إيجاد بيئة تثمن التعلم: من خلال الاهتمام بمشاركة المعرفة والمعلومات، وتجنب التركيز على الفشل والتعلم من الأخطاء الماضية، واعتبارها أداة للتعلم والتطوير والابتكار.

▪ البيئة المساندة للتعلم: من خلال التركيز على تطوير القيم والاتجاهات والمعتقدات الداعمة للخبرات وتصميم عمليات تعلم مستمرة لتطوير المهارات وتعزيز الحوار وتشجيع الأفراد على الابتكار.

▪ الاهتمام بجودة التعلم بحيث يعمل كل فرد في التنظيم على التعلم بصورة مستمرة لأداء العمل بكفاءة وفاعلية.

وترى الباحثة أنه للتوصل إلى ممارسة الأبعاد السابقة للتعلم التنظيمي بشكلها الصحيح في منظماتنا السياحية والطبية، لابد أولا" من إدراج بعد آخر لتحقيقه وهو بعد القيادي الذي يهتم بتوفير قيادة إدارية داعمة للتعلم ومحابية له تقوم بمهمة التوجيه والتأثير وتنسيق موارد الجهود البشرية نحو تحقيق أهداف المنظمة من خلال التعلم واستثمار الفرص وإطلاق الطاقات الإبداعية وإعطاء العاملين المؤهلين الصلاحيات الكاملة لأداء عملهم بالسرعة والجودة المطلوبة كأسلوب للحياة التنظيمية.

5-2-1 معوقات التعلم التنظيمي:

يؤكد (السالم ،2005)[1] أن هناك العدد من التحديات التي تواجه عملية التعلم التنظيمي:

1- **مشكلة التمسك بالأفكار القديمة :** إن التمسك بالماضي أو رفض التجديد يقود إلى تدهور أو اضمحلال المعرفة من الذاكرة. وهو بمثابة الموت البطيء على المستوى الجزئي، وتتميز عملية رفض الجديد بعدم التغيير في البنى المعرفية والتي يمكن وصفها بالتنميط المعرفي، حيث يتم التعامل مع بعض الأمور القديمة على أنها معارف جديدة.

2 – **قلة الموارد المتاحة :** وتتمثل بعدم توفر الإمكانات المادية لتسهيل عملية التعلم، أو عدم توفر الوقت الكافي ،أوغياب القيادة الواعية التي تقوم بتنسيق الموارد بشكل رشيد.

3 – **الأنماط الدفاعية على مستوى المنظمة :** يمكن إرجاع فشل العديد من المنظمات في إيجاد موازنة بين الاحتفاظ ببنى المعرفة الحالية والحاجة إلى التعلم إلى محدودية نظم التعلم في المنظمة ، حيث تحجب هذه النظم الأخطاء عن طريق تقديم معلومات غير منسجمة مع الوضع الراهن كمحاولة للتهرب ،وهذا النوع من التصرف يؤدي إلى التناقض والمشكلات والتصرفات المرتبكة، ومن السلوكيات الدفاعية أيضا" تجنب الاتصالات المباشرة والمناقشات العلنية بخصوص الموضوعات الحساسة، التغاضي عن الأخطاء الصغيرة .

4–**غياب ثقافة التعلم:**إن عدم وجود ثقافة تنظيمية تشجع التعلم، وضعف المعرفة المشتركة بين العاملين، يجعل عملية تحفيز العاملين على التعلم وتبادل المهارات والمعارف عملية صعبة .

5– **عدم انتظام المعلومات ودقتها :** يمكن النظر إلى فوضى المعلومات كمعوق أساسي للتعلم ، والتي قد تنشىء نتيجة حجب المعلومات ومنع وصولها إلى الطرف الآخر نتيجة لطول سلسلة الأمر والمركزية العالية، أو نتيجة المعتقدات والشعارات والصور الذهنية الخاطئة، أوبسبب جوانب النفسية حيث يفضل الأفراد تجاهل المعلومات التي تتعارض مع أرائهم وأهوائهم.مما يحد من حجم الاستفادة من هذه المعلومات.

---

[1] السالم ، مؤيد سعيد، (2005). مرجع سبق ذكره ، ص80- 92.

6- عدم تقبل العاملين لفلسفة التعلم التنظيمي :قد يحجم بعض العاملين في المشاركة في عملية التعلم التنظيمي لأسباب عديدة (عدم مبالاة الإدارة بالأفكار الشخصية للعاملين- عدم توفر رؤية مشتركة بين العاملين والإدارة –عدم توازن بين سرعة تغيير الفلسفة الإدارية وما يجري من ممارسات على أرض الواقع- إن القيم الخاصة بسلوك العاملين مازالت تعكس الإيديولوجية السابقة وليس أيديولوجية التعلم.

وترى الباحثة أنه بالإضافة إلى العقبات السابقة هناك عقبات أخرى تعرقل التعلم التنظيمي متمثلة بغياب القادة ذو الرؤية الواعية بأهمية التعلم ،تباين القدرات التعلمية للعاملين، غياب الحوافز المادية المجزية لحفز الأفراد على التعلم، الخوف من التجريب ومقاومة التغيير، الفردية أو الأنانية والخوف من فقدان بعض الامتيازات، غياب العمل الفرقي، دوران عمل مرتفع، قوة عاملة مرهقة بالضرائب وبمتطلبات تكاليف المعيشة المرتفعة.

6-2-1 الفرق بين التعلم التنظيمي والمنظمة المتعلمة:

يعتبر (Marquardt,1996)[1] أول من نبه إلى ضرورة التفرقة بين المفهومين حيث أكد أن التعلم التنظيمي يركز على الكيفية التي يتم بها التعلم ، فيكتسب الأعضاء المعلومات والمهارات والاتجاهات التي تؤدي إلى الارتقاء بالمنظمة وتحقيق تكيفها مع المتغيرات المحددة في البيئة المتغيرة ، أما منظمة التعلم فتركز اهتمامها على بنية العملية التعليمية، وتعمل باستمرار على زيادة قدرات أعضائها على تحقيق النتائج التي يرغبون في تحقيقها من خلال منحهم قدرا" من المرونة والحرية في التفكير.

وأشار (Ortenblad, 2001)[2] إلى وجود اختلافات بين المفهومين، تتلخص في النقاط التالية:

- ركز باحثوا منظمات التعلم على تطوير مفاهيم معيارية لتحسين عمليات التعلم داخلها ، بينما ركز باحثوا التعلم التنظيمي على فهم حقيقة التعلم.
- منظمات التعلم هي شيء مثالي نسبيا" تسعى المنظمات لتحقيقه من خلال مقارنتها بالخصائص المرغوبة مثل الكفاءة والفعالية والعمل الجماعي، بينما يصف التعلم التنظيمي كيفية قيام المنظمة بالتعلم بشكل واقعي.
- إن منظمة التعلم هي شكل للمنظمة ، بينما يمثل التعلم التنظيمي نشاطا" أو عمليات للتعلم داخل المنظمة .

---

[1] Marquardt ,M.J., (1996). op cite.p19

[2] Ortenblad ,A.(2001) , On differences between organizational learning and learning organization ,The Learning Organization ,Vol.8,No 3,pp;125-133, p125-128

- تحتاج منظمة التعلم إلى بذل جهود كبيرة للوصول إلى منظمة تعلم حقيقة ، بينما يوجد التعلم التنظيمي في كثير من المنظمات بشكل طبيعي وبدون جهود كبيرة.
- منظمة التعلم تشمل عمليات تغيير مستمرة للتكيف والتطوير والتعلم، أما التعلم التنظيمي فهو صفة لها .

ويؤكد (Yeo،2005)[1] أن التعلم التنظيمي يعكس الاعتماد على العمليات الإدراكية الجماعية للأفراد حيث يمكن أن نعتبر الأفراد كأنظمة فرعية في المنظمة أما منظمة التعلم فتعبر عن كيان منظمة يشجع كافة الخصائص التي تساعد أفراده على التعلم.

و يرى(Kezar، 2005) [2] أن التعلم التنظيمي ومنظمة التعلم هما وجهان لعملة واحدة وكلاهما يتطلب اكتساب المعلومات ، ترجمة وتحليل البيانات ، معرفة متطورة وتعلم مستقل.

وترى الباحثة أن مفهومي التعلم التنظيمي ومنظمة التعلم مترابطان فمفهوم التعلم التنظيمي يهتم بالأنشطة والأساليب والطرق المستخدمة في التعلم الجماعي. ومنظمة التعلم تشكل القالب الداعم لهذه الأنشطة والممارسات التعلميّة، كما أن الرابطة بينهما تعكس العلاقة بين السبب والنتيجة فمنظمة التعلم هي النتيجة الحتمية للممارسة التعلم التنظيمي بشكل صحيح .والجدول التالي يوضح المقارنة بينهما:

- **-جدول رقم (1- 1) مقارنة بين التعلم التنظيمي ومنظمة التعلم-***

التعلم التنظيمي	المنظمة المتعلمة
أنشطة وممارسات وطرق التعلم	شكل معين لمنظمات تتسم بصفة التعلم
يحدث على مستوى الأفراد والفرق	يقصد بها تعلم المنظمة ككل
يتسم بالواقعية	تتسم بالمثالية
يوجد بشكل تلقائي	تحتاج إلى مجهود لإنشائها
عبارة عن تعلم تعاوني ضمن نظلم اجتماعي	عبارة عن إطار رسمي يسمح بالتعلم الدائم المستمر

*المصدر : من إعداد الباحثة.

1- 3 المقارنة بين المنظمات التقليدية والمنظمات المتعلمة:

[1] Yeo R.K.(2005). Revisiting the roots of learning organization. A synthesis of the learning organization litera-ture. The Learning Organization Vol.12, No.4, 2005, 368-382.

[2]. Kezar. A, (2005) .What Campuses Need to Know About Organizational Learning and the Learning Organization. New Directions for Higher Education, No.131, Fall 2005, 7-22.

أكد (Hitt:1996)[1] أنه توجد اختلافات عديدة بين المنظمات التقليدية ومنظمات التعلم من النواحي التالية :

- **القيم المشتركة** : تتسم المنظمة التقليدية بقيمتين الكفاءة(عمل الأشياء بشكل صحيح) والفعالية (عمل الأشياء الصحيحة) . بينما تتسم منظمة التعلم بالبراعة حيث تكافح من أجل المعايير الأعلى في كل شيء لمواجهة حاجات العملاء ، وبالتجديد الذاتي من خلال خلق إطار للإبداع بحيث يسمح للمنظمة بالتكييف مع البيئة المتغيرة بشكل مستمر .
- **الخطة** : تنظر المنظمة التقليدية إلى الخطة كخريطة طريق متضمنة أهدافا" وخطوات عمل مكتوبة ، بينما تتبع منظمة التعلم منهج خريطة تعلم ، وتنظر إلى التخطيط كفرصة لأعضاء فريق الإدارة للعمل سوية.
- **الهيكل التنظيمي** : في المنظمة التقليدية التركيز على بناء المنظمة ، والنشاطات يجب أن ترتب بشكل منظم ، وتنفذ بشكل منظم طبقا" للوظائف ، وبتوجيه قد يعيق تدفق العملية ، بينما في منظمة التعلم نجد التركيب الأفقي للنظام، ويتصف بالاستقرار والمرونة بشكل يسمح بتدفق العمليات والمعلومات لكل أفراد المنظمة .
- **العاملون:** تركز المنظمة التقليدية في اختيار العاملين على معرفتهم وتجربتهم ، بينما تركز منظمة التعلم على قدرتهم على التعلم إلى جانب معرفتهم وتجربتهم .
- **نظام قياس وتقييم الأداء** : يركز نظام القياس والتقييم في المنظمة التقليدية على الأداء المالي ، أما في منظمة التعلم فيتم باستخدام بطاقة الأداء المتوازن التي تتضمن ثلاث مجالات البراعة والتجديد التنظيمي والأداء المالي.

كما يفرق (Luthans, 2005)[2] بين المنظمات التقليدية ومنظمات التعلم من النواحي التالية :

- **تحديد الرؤية** : في المنظمات التقليدية الرؤية تعرض من قبل الإدارة العليا، بينما في منظمات التعلم هناك رؤية مشتركة ويمكن أن تظهر من أماكن عديدة، ولكن الإدارة العليا مسؤولة عن ضمان وجود هذه الرؤية ورعايتها.
- **الممارسة واتخاذ القرار:** في المنظمات التقليدية الإدارة العليا تقرر ما يجب أن يُعمل، وتعتمد أعمال المنظمة على أفكار الإدارة ، بينما في منظمات التعلم صياغة وتطبيق الأفكار يحدث في كافة مستويات الإدارة.

---

[1] Hitt ,W ,D .(1996) .The learning Organization : some reflection on Organizational renewal, Employee Counseling Today (Vol 8- N7) PP20-23.

[2] Luthans, Fred, (2005), Organizational Behavior, international edition, McGraw Hill Education (Asia), Singapore.

- **طبيعة التفكير التنظيمي:** : في المنظمات التقليدية كل شخص مسؤول عن عمله الخاص، والتركيز يكون على تطوير القدرة الفردية ، بينما في منظمات التعلم يفهم الموظفون عملهم الخاص بالإضافة إلى الطريقة التي تترابط وتؤثر فيها أعمالهم الخاصة في أعمال الآخرين.
- **حل الصراع** : في المنظمات التقليدية تحل النزاعات من خلال استخدام السلطة والتأثير الهرمي، بينما في منظمات التعلم فتحل الصراعات بتكامل الرؤى المختلفة للعاملين في المستويات الإدارية المختلفة ، وبالتنسيق وتكوين فرق العمل .
- **القيادة والتحفيز** :في المنظمة التقليدية دور القائد تعريف وتوضيح الرؤية ويستخدم نظام الثواب والعقاب ، بينما في منظمات التعلم دور القائد يتمثل في تشكيل الرؤيا ، تمكين العاملين ، والتشجيع على صنع القرارات الفعالة .

-جدول رقم (1- 2) مقارنة بين المنظمات التقليدية والمنظمات المتعلمة-*

	المنظمات التقليدية	المنظمات المتعلمة
التعلم	إنهاء في 4 أو 5 سنوات	التعلم مدى الحياة
التدريب	عبء كلفة إضافية	ميزة تنافسية
التعلم عن بعد	ذاتي وفردي	تعاوني وجماعي
التعلم التنظيمي	أحادي الدورة	ثنائي و ثلاثي الدورة والتوليدي
بريد الكتروني	رسائل وخدمات مطبوعة	مراكز الخدمة متعددة الوسائط متصلة بأجهزة الإعلام على الانترنت
البناء التنظيمي	وظيفي	فرق عمل متكاملة
التركيز الاستراتيجي	الفعالية والكفاءة	التمييز و الابتكار و التجديد التنظيمي
القيادة	مسيطرة ومتحكمة	مرنة وتشاركية وداعمة للتعلم
مقاييس النظام	مقياس مالي	كلا المقياسيين المالي و غير المالي
فرق العمل	ضمن الحدود الإدارية	تلاحم وظيفي للفرق
التسلسل التنظيمي	التسلسل هرمي من الأعلى إلى الأسفل	التسلسل أفقي زميل لزميل
الرؤية	الرؤية خاصة بالإدارة العليا	رؤية مشتركة نابعة من العاملين
حل النزاع	بالقوة	بالتنسيق والتعاون المشترك
الواجبات الأساسية	مادية	عقلية

الارتكاز	وضع الأهداف	التعلم
المرونة وقابلية الحركة	للنخبة من المتعلمين و عند الضرورة فقط	لجميع الأعضاء في المنظمة وفي كل الأوقات
الأفراد	متجانسون	مختلفون
المشاعر	منخفضة الرغبة والحيوية	حيوية ونشاط زائد ورغبة مستمرة
الثقافة السائدة	الطاعة وتنفيذ الأوامر	الالتزام الجماعي بتحقيق النتائج
الضوابط	رقابية	ذاتية نابعة من الأفراد

*المصدر : من إعداد الباحثة.

وترى الباحثة أن التزايد المدهش في تقانة المعلومات والاتصالات وسرعة التغيير والتجدد في كافة المجالات وازدياد حدة المنافسة، جعل من المنظمات التقليدية الهرمية الشكل البيروقراطية الجامدة ذات السلطة المركزية والرقابة اللصيقة أمرا" غير مقبول على الإطلاق ، فلابد من استبدالها بمنظمات متطورة، ثلاثية الأبعاد تلبي حاجات عامليها الإنسانية وتطلق طاقاتهم الابتكارية والإبداعية وتشجعهم على العمل والتعلم والتعاون معا" لبلوغ الأهداف المنشودة. حيث تمثل منظمات التعلم بما تحويه من بني اجتماعية تشجع ثقافة التجريب ومكافأة التعلم وتعضيد الاقتراحات المبدعة وتهيئة الفرص في مواقع العمل، الحل الأمثل لعصرنا الحالي.

1- 4 أسس التحول من منظمة تقليدية إلى منظمة متعلمة:

1-4-1 متطلبات تطبيق المنظمات المتعلمة:

هناك عدد من المقومات الواجب توفرها للتحول أي منظمة إلى منظمة متعلمة:

1- القيادة الفاعلة:

" يمكن اعتبار أن القيادة هي الوسيلة الأساسية التي يمكن عن طريقها أن تتحول المنظمة إلى منظمة متعلمة ، فالرؤية التقليدية للقيادة بأنها تضع الأهداف وتتخذ القرارات وتوجه القوى أصبحت تعكس الفردية في صنع كل شيء.إن القيادة في منظمات التعلم تختلف تماما"عن الرؤية

التقليدية السابقة، وهي تتخذ صورا" عديدة (الخبير – المدير – المدرب – المحفز – المنظم أو المنسق)، و فيها يتعلم المديرون أن يتعايشوا مع فكرة (سيطر مع) بدلا" من (سيطر على). "[1]

وشبه (Senge,1990)[2] القائد في منظمة التعلم بقبطان السفينة يدعم العاملين ويوجههم نحو استخدام طاقتهم الكامنة في التعلم وتشارك وتبادل المعارف في مواقع العمل وعلى كافة المستويات الإدارية، بالإضافة إلى خلق بيئة عمل تعاونية والثقة في قدرة الموظفين ووجود اتصال مفتوح وإعطاء الصلاحيات اللازمة للموظفين.

كما توصل (Rowley ,1998) [3] "أن من واجبات القائد في منظمة التعلم أن يساعد العاملين بدلا" قمعهم، ومكافأتهم ماديا" ومعنويا" وتوفير فرص التعلم المستمر لهم، والإنصات لمشاكلهم والعمل معا" على حلها، وإشراكهم في عملية اتخاذ القرارات وتوزيع المهام الخاصة بالعاملين بشرط أن يكونوا قادرين وراغبين على العمل بها. "

ويؤكد (James,2003) [4] أن " على القيادة في منظمة التعلم أن تكون واعية بأهمية التعلم التنظيمي ، فتقوم بإتاحة الفرص أمام العاملين للتعلم ، وتهتم بتوفير الرؤية التي تذهب وراء المعرفة في المنظمة، فيمارس المدير دور المسهل و المنمي للإبداع من خلال التركيز على أهمية اكتشاف المعارف واستغلالها وتحويلها، والمشاركة في اتخاذ القرارات ، وتحقيق التحسين المستمر للمنظمة."

وترى الباحثة أنه لابد من إلحاق القادة في المشافي والفنادق ببرامج تدريبية محترفة منظمة تعرفهم بمبادئ منظمة التعلم والتعلم التنظيمي، وتدربهم على مهارات القيادة التشاركية الجماعية وتوجههم نحو كيفية كسب ولاء العاملين من خلال تكوين رؤية مشتركة .

2 – الإستراتيجية:

"من الواجب على المنظمة التي ترغب في التحول إلى منظمة متعلمة أن تؤمن بأن وضع الأهداف وتخطيط العمل وبناء الإستراتيجية يجب أن تتم من القاع وباتجاه القمة ، فالإستراتيجية في منظمة التعلم ليست حكرا" على المستوى الأعلى الذي ينفرد بوضعها في المنظمات التقليدية ، وإنما هي من شأن الجميع ومن صنعهم وتتم بمساهمة كل العاملين وعلى كافة المستويات الإدارية ، وقد يكون للعملاء دور في وضع هذه الإستراتيجية إن كانت مشاركتهم ستسهم في

---

[1] حافظ ، إجلال ، السيد، محمود ، وآخرون، (2003) . الإدارة ، الأصول والأسس العلمية – منظمات التعلم ، (القاهرة: دار الحريري للطباعة ،2003) .ص457

[2] Senge P.M ,(1991.), op cite, p146

[3] Rowley ,J,(1998). " Greating a learning organization in higher education " , Industrial and Commercial Training Vol 3o .No 1.p18

[4] James ,C, (2003) . " Designing learning organization" , organizational Dynamics ,Vol , (32) , No . (1).pp;51-62

جعلها أكثر فاعلية وواقعية ، وعندما يتحقق ذلك يلتزم كافة العاملين بواجباتهم التي تسهم في تنمية الاستراتيجيات وتحسين الأداء وترفع مستوى الجودة الشاملة.

3- فرق العمل المدارة ذاتيا":

إن فرق العمل وبصفة خاصة الفرق ذاتية الإدارة هي من المتطلبات الأساسية في المنظمات المتعلمة، وتتكون هذه الفرق من موظفين ذوي مهارات مختلفة، وهم يتناوبون على الوظائف لكي يقدموا خدمة كاملة غير منقوصة، كذلك يتعاملون مباشرة مع العملاء ويقومون بالتغيير والتحسين متى تطلب الأمر ذلك، ولأعضاء الفريق الصلاحية في صنع واتخاذ القرارات المتعلقة بأساليب العمل. "[1]

4- تمكين العاملين :

"إن التمكين يسمح بإعطاء الموظفين السلطة والحرية والمعرفة والمهارة ، كي يجعلهم قادرين على صنع القرارات ويؤدون أفضل الأداء ، وينعكس هذا التمكين في صور متعددة مثل : فرق العمل ذاتية الإدارة – حلقات الجودة – الإثراء الوظيفي – جماعات المشاركة." [2]

"فمن متطلبات منظمة التعلم جعل العاملين قادرين على التصرف والتحرك بفاعلية ومرونة بإعطائهم الصلاحيات الرسمية، وتوفير مصادر القوة الأخرى ومنها المعلومات والخبرة والثقة بالنفس، مما يشعر العاملون بأنهم قادة وأنهم فاعلون ولهم قوة التأثير في الآخرين والأحداث ." [3]

5 - إدارة المعرفة :

تزخر المنظمات بالمعلومات عن طرق حل المشكلات والميزانية والأرباح والتكاليف، وللتحول إلى منظمة التعلم يجب أن تكون هذه المعلومات متاحة لجميع العاملين مما يجعلهم على وعي تام بما يجري حولهم وتساعدهم على فهم النظام ككل، وأدوارهم المنشودة في النظام.

ولتحقيق ذلك لابد من توفر إدارة للمعرفة تقوم بإيجاد المعلومات، وجمعها، و تنظيمها، و تنقيحها، وعرضها وحمايتها من الاندثار.

"و تساعد إدارة المعرفة المنظمة بما تحويه من عمليات نظامية في الحصول على الفهم المعمق للمشكلات من خلال المعلومات المتوفرة . كما تساعد بعض فعاليات إدارة المعرفة في تركيز اهتمام المنظمة على خلق، وخزن، واستخدام المعرفة بهدف حل المشاكل، وتحقيق التعلم

---

[1] حافظ ، إجلال ، السيد، محمود ، وآخرون، (2003) . مرجع سبق ذكره ،ص457.

[2] مرجع سبق ذكره ،ص459.

[3] الكبيسي، عامر خضير ، (2004) . مرجع سبق ذكره، ص117

الديناميكي، والتخطيط الإستراتيجي، و صناعة القرارات. كما إنها تحمي الموارد الذهنية من الاندثار، و تضيف إلى ذكاء المنظمة، و تتيح مرونة أكبر." [١]

حيث رأى (Van,1991) [٢]أن منظمة التعلم تعبر عن الكلمة "لماذا " بينما إدارة المعرفة فتعبر عن الكلمة "ما العمل" ، حيث أن منظمة التعلم تدعم عملية التعلم وعملية التعلم بدورها تتطلب تغييرات في المعرفة . إدارة المعرفة تهدف إلى دعم توزيع المعرفة ، و الذي بدوره يؤدي إلى دعم التعلم .

توصل (Sutton et al ,1999) [٣] في دراسته إلى أن المعرفة تدرك في العمل وتتراكم من خلال تعلم الآخرين، حيث أن تكرار العمل و التجربة والاحتكاك مع العاملين و المشاهدة تعد أهم وسائل توليد المعرفة و تبادلها كما رأى أن قيام الأفراد بالمبادرة بطرح أفكار جديدة يساعد على خلق معرفة جديدة . أي أن اكتساب المتعلم للعلم في مجال معرفي معين يقود إلى توليد معرفة جديدة كما أن توسيع قاعدة المعلومات التي يمكن إضافتها إلى ذاكرة المنظمة يؤدي إلى تعزيز التعلم.

و يؤكد (Loermans.2002)[٤] أن منظمة التعلم إدارة المعرفة مرتبط بالآخر ارتباطا" وثيقا" ، حيث أن التعلم التنظيمي يتطلب إدارة المعرفة ، فمنظمة التعلم تركز على عملية التعلم وتركز إدارة المعرفة على النتيجة و الناتج من عملية التعلم ، ومعظم الأفراد الذين يعملون في منظمات تؤيد نشاطات إدارة المعرفة بحاجة لجعل نشاطات التعلم جزء من حياتهم اليومية.

و تشير(Realph, 2005)[٥] أن المنظمة التي تدير المعرفة بفعالية تملك فرصة أفضل في النجاح للتحول إلى منظمات التعلممقارنة بتلك التي لديها نقص أو ضعف في هذا المجال. فبرامج إدارة المعرفة الفعالة تحول المعرفة الفردية إلى معلومات تكون مستخدمة بسهولة من قبل المنظمة ككل.

---

[1] Graduate School of Business, University of Texas at Austin (1998) What is Knowledge Management? [Available at http://www.bus.utexas.edu/ kman/answers. htm#whatkm]

[2]. Van Gigch J.P,(1991); System Design Modeling and Meta-modeling. Plenum Press, New York, 1991.

[3] Sutton ,R,et al ,(1999); " Knowing what to do is not enough : Turning Knowledge into Action " California Management Review , Vol ,(42), No.(1).

[4] Loermans. J.(2002); Synergizing the learning organization. Journal of Knowledge Management, Vol.6, No.3, 2002, 285-294.

[5] Realph, L A, (2005) , Building the Learning Organization Construction Organization: An Exploration of Barriers, Master Thesis, University of Colorado, Colorado.

و يرى (Kezar, 2005)[1] أن إدارة المعرفة هي منبثقة عن أدب منظمة الـتعلم حيـث أن التعلم في منظمة التعلم يتطلب معرفة شخصية فردية لتحويلها إلى معرفة تمكن الأفراد الآخرين في المنظمة من الاستفادة منها، و تشير إدارة المعرفة إلى العملية التي تقوم فيها المنظمة بتقيـيم المعلومات والبيانات التي تحصل عليها كما يجب أن يتم ترجمة الـتعلم إلـى معرفـة صـالحة للاستخدام، حيث أن اكتساب المعرفة و تسهيل وصول المعلومات إلى ذاكرة المنظمـة و تنقـيح المعلومات الموجودة في الذاكرة يعد الركيزة الأساسية للتعلم.

وترى الباحثة بأن توفر إدارة معرفة ديناميكية وحيوية في المنظمة ، يمكن العاملين مـن تبادل المعارف والخبرات ويساعدهم على التعلم وتحقيق التفوق الفكري والابتكاري، مما يمهد الطريق للتحول إلى منظمات التعلم. فلابد من إيجاد إدارات للمعرفة فـي المشـافي والفنـادق وتفعيل دورها لزيادة قدرة العاملين على التعلم و تطويره، وتزويدهم بالمعلومات الضـرورية اللازمة لتغيير الأنشطة وحل المشكلات، والتوصل للمعرفة المطلوبة لتجديد الخدمات وتحقيـق ميزة تنافسية.

6- الثقافة التنظيمية الواعية:

إن الثقافة الواعية بما تحمله من القيم والمعتقدات والمفاهيم التـي يشـترك فيهـا أعضـاء المنظمة على التشجيع على التعلم ودعم التغيير والتطوير واحترام المصلحة العامـة والمسـاواة والتعاون المشترك هي حجر الأساس في المنظمة المتعلمة، حيث تصبح المنظمة ككـل مكانـا" طيبا" لخلق نسيج التناغم والتآلف التام بين الأفراد وبعضهم البعض .

يجد (Gephart & Marsick ,1996)[2] أن الثقافة في منظمة التعلم تتسم بكونهـا مرنـة تسمح بخفة الحركة وتشجع على التجربة وإيجاد نوع من الفضول الثقافي والقدرة علـى تحمـل المخاطر وخلق عمليات عمل جديدة.

ويؤكد (Garavan,1997)[3] أن الثقافة في منظمة التعلم يجب أن تشجع على حرية العمـل، القيادة المشاركة ،لامركزية عمليات التخطيط والإدارة، دعم عمليات التقييم والتطوير الفردي.

[1] Kezar. A.(2005); What Campuses Need to Know About Or-ganizational Learning and the Learning Organization. New Directions for Higher Education, No.131, Fall 2005, 7-22.

[2] Gephart, M.A., Marsick, V.J. (1996). Learning organizations come alive. Training & Development, 50(12), 35-45.p38

[3] Garavan, T. (1997). The learning organization: A review and evaluation. The Learning Organization, 4(1), 18-29.p21

ويرى (Campbell & Duggan , 2003)[1] أنه للتحول للمنظمة المتعلمة لابد من إيجاد بيئة عمل تثمن التعلم بصورة عالية وتشجعه، و تثني على المبدعين، وتعتبر أن الأخطاء فرصة للتطوير والتعلم.

كما يؤكد (حيدر ،*2006*)[2] أن ثقافة التعلم هي الثقافة التي تهيئ الفرص المناسبة لتعلم جميع الأفراد من خلال الانهماك في تعلم تشاركي تعاوني يوظفون من خلاله تبادل المعارف والاستقصاء الجماعي .

ويحدد (الرشودي ،2007)[3] أن من سمات ثقافة منظمة التعلم أنها إنسانية ومستمرة ومكتسبة وتراكمية وانتقائية وتحقق التكيف، وتتميز بالوضوح التنظيمي والتكامل ومرونة البناء الهيكلي لصناعة القرار والأسلوب الإداري القائم على استمرار إمكانات الفرد في إطار من الانضباط الوظيفي .

وترى الباحثة أنه لتحويل مشافينا وفنادقنا إلى المنظمات المتعلمة، لابد من إحداث تحول جذري في ثقافة الأفراد العاملين في هذه المنظمة بحيث تقوم على تقديس العمل الجماعي وتحمل المسؤولية وحب المبادرة والانفتاح والشفافية ومكأفىء المبدعين، وهو أمر تدريجي بحاجة إلى رؤية واضحة مشتركة لدى القادة والعاملين للصورة المستقبلية، ورغبة مع عزيمة صادقة لصنعها.

2-4-1 آلية بناء منظمة التعلم:

قدمت أدبيات الإدارة عدد من الإرشادات في مجال الهياكل والعمليات والظروف التنظيمية التي يمكن لها أن تخلق منظمة متعلمة حقيقة ، والتي يمكن اعتبارها بمثابة وسيلة وليست الهدف النهائي.

"حيث قام Senge وزملائه في عام 1994 بتطوير دراسة مبنية على الأبعاد الخمس للمنظمة المتعلمة، وذلك لتحديد القدرات اللازمة لبناء منظمة التعلم وكيفية تمثيلها على الصعيد العملي،وارتبط هذا الطرح بحقلين أساسيين:

- **حقل التغيير المستمر:** حيث يتطلب تغيير الطموحات الفردية والجماعية بما يصب في المصلحة العامة ، والتأمل في الاعتقادات وأنماط السلوك لمراجعتها وتصحيحها ضمن بيئة

---

[1] Campbell , S, Duggan, F. (2003).The Development Of a Learning Culture In a Youth Detention Centre and Its Effects on Staff and Clients , Paper presented at the Juvenile Justice:

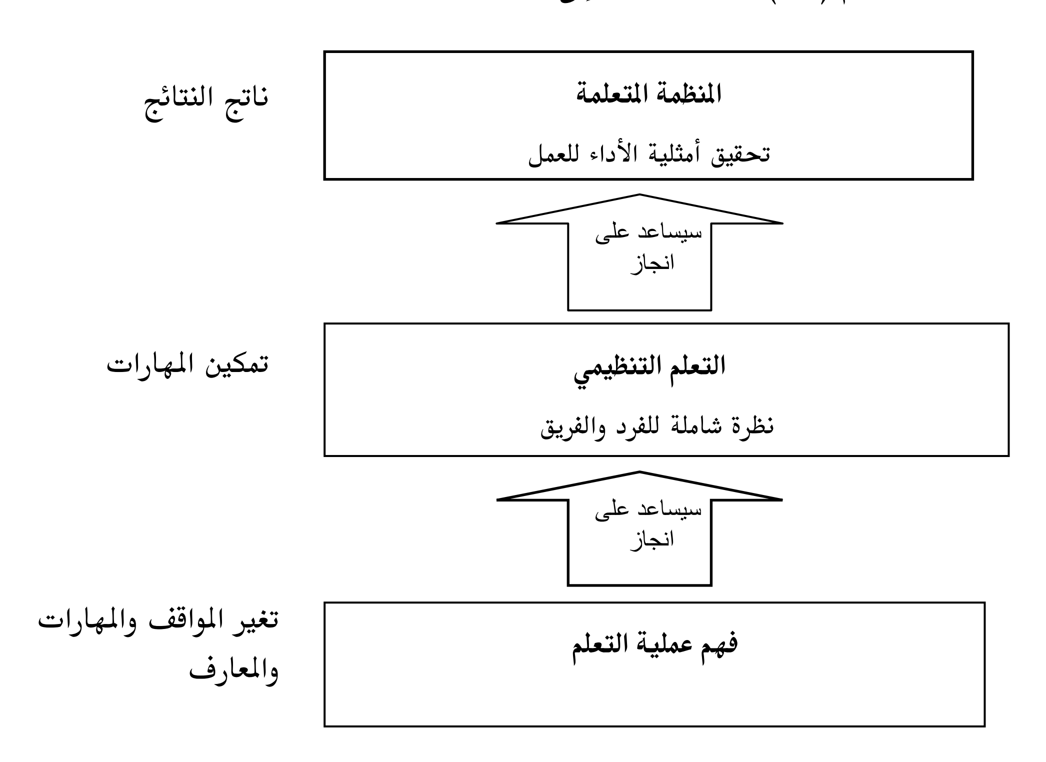
[2] حيدر ، عبد اللطيف ؛ محمد المصيلحي ، محمد (2006)، دور المدرسة كمجتمع تعلم مهني في بناء ثقافة التعلم وتنميتها ، مجلة كلية التربية /جامعة الإمارات العربية المتحدة ، السنة 21 ، العدد23،. ص31- 58.

مشجعة ، للوصول إلى تشكيل القدرة على رؤية الأنظمة ومتغيراتها بنظرة شاملة ،مما يوفر المرونة اللازمة للاستجابة للمتغيرات بشكل أفضل.

- **حقل الممارسة:** حيث يتم تنمية القدرات اللازمة لتحقيق التغيير المطلوب من خلال من الرؤى والقيم والأهداف التي تصف مغزى وجود المنظمة وآمالها، ومن ثم تزويد الأفراد بمجموعة من التقنيات والأساليب التي تساعد الأفراد على تبني نماذج تفكيرية جديدة، واكتشاف الأخطاء وتصحيحها مما يساعد على بناء معرفة جديدة داخل المنظمة وتنمية القدرات الابتكارية للأفراد"[1]

يوضح (Buckler,1998)[2] أنه يمكن التحول إلى منظمة متعلمة من خلال الشكل التالي:

- شكل رقم (3-1) خطوات التحول إلى منظمة متعلمة -*



* Source:(Buckler,1998).p21

حيث يبين الشكل السابق أنه للتحول للمنظمة المتعلمة لابد من قيام الإدارة العليا أولا" بدعم وتوفير التعلم لجميع العاملين مما سيؤدي إلى تغيير المواقف والمعارف واكتساب مهارات جديدة، وبالتالي فهم عملية التعلم، وهذا يساعد بدوره على تمكين العاملين وتبادل الخبرات بينهم الأمر الذي يشكل لدى العاملين نظرة شمولية للمنظمة وروح التعاون والفريق والعمل معا" من

[1] الفاعوري ، رفعت عبد الحليم ،(2005). إدارة الإبداع التنظيمي،(القاهرة) :المنظمة العربية للتنمية الإدارية.ص87- 89.

[2] Buckler, B,(1998), " Practical steps towards a learning organization :applying academic knowledge to improvement and innovation in business processes , The Learning Organization , Vol 5 ,N1, 1998,P21

أجل التعلم وانجاز الأعمال بشكل أفضل أي تطبيق التعلم التنظيمي والذي يمثل الطريق نحو بناء المنظمة المتعلمة، أي أن قيام الأفراد والمنظمة بالتعلم التنظيمي وفهم عملية التعلم ووجود قيادة ميسرة وداعمة لعملية التعلم والعمل بروح الفريق والمشاركة في اتخاذ القرارات وحل المشكلات بأسلوب التعلم بالإضافة إلى وجود ثقافة الواعية وداعمة للتعلم كل ذلك سوف يؤدي بالمنظمة إلى تحقيق أمثلية الأداء و التحول إلى منظمة تعلم حقيقة .

وقد قام كلا" من (Kline & Saunders ,1998)[1] باقتراح عشر خطوات للوصول إلى منظمة التعلم وهي: تقييم ثقافة التعلم، تشجيع التفكير الايجابي والعمل الجماعي، توفير بيئة عمل آمنة من أجل التفكير، مكافأة المجازفة، مساعدة الأفراد ليصبحوا مصادر للآخرين، تركيز قوة التعلم في العمل، تحديد الرؤية ، إحياء الرؤية ، ربط الأنظمة ، العرض على العملاء والزبائن و العاملين من أجل تحفيز الأفراد على التفكير والإبداع.

كما يرى (رضا وآخرون، 2000)[2] أن التحول إلى منظمة التعلم يتطلب تطبيق الخطوات التالية بشكل تدريجي:

1- تشخيص واقع المنظمة وقابلية البيئة للتعلم وتحول إلى بيئة المنظمة المتعلمة.

2- تكوين وإشاعة رؤية مشتركة لمستقبل المنظمة .

3-توفير المعلومات والمعارف وجعلها متاحة للجميع .

4- تمكين الموظفين من التصرف،وإقرار حتمية المخاطرة، ودعم المبادرة .

5- تعلم طرق إدارة المعرفة في المنظمة وذلك من خلال الاستثمار في التقنيات الحديثة و تطبيقاتها للمحافظة على ثروة المنظمة المعرفية و خبراتها، التحديث المستمر للمعلومات وتفعيل طرق الاستفادة السريعة من الكم الهائل منها. بالإضافة إلى تكوين واستحداث واستخدام استراتيجيات التعلم الفردي و المؤسسي.

وعلى نحو مماثل أكد (Pratt,2001)[3] إلى وجود عدة خطوات ضرورية للوصول إلى منظمة متعلمة فعالة أهمها:

1- تبني المديرين خطة رسمية لتحقيق ثقافة التعلم ودعم إبداعية الأعضاء ، وتقبل الأفكار الإبداعية المتأنية من أسفل الهيكل التنظيمي إلى الأعلى وتحقيق التزام كافة الأعضاء بعمليات التعلم وتحسين الأداء.

---

[1] Kline ,P & Saunders ,B(1998) .The Ten Steps to a learning organization, Salt .Lake City Utah …Great Reivers Book.p46

[2] رضا ، حسين مراد ؛ المهدي ، عبد الله بن محمد مختار (2000) ، استقصاء ميداني لقياس جاهزية التغيير إلى منظمة التعلم ، القاهرة ، خبراء العرب في الهندسة و الإدارة ، المؤتمر الدولي الثاني عشر للتدريب والتنمية الإدارية ص٥

[3] Pratt , J,R.(2001).Is your organization a learning organization ?. Home Health Care Management & practice.Vol 13 ,No.5 ,pp:406-408.

2- تحرير العاملين في كل المستويات الإدارية من كافة القيود التنظيمية التي تعيق عملية الـتعلم لديهم، وإعطاء العاملين كافة الصلاحيات التي تمكنهم من تحسين مهاراتهم وقدراتهم.

3- تثقيف العاملين بأهمية التعلم وتوفير فرص التدريب والتطوير بشكل رسمي أوغير رسمي ، ومساعدتهم على إطلاق طاقاتهم التعلمية والابداعية.

4- تشجيع العاملين على التعلم من الأخطاء والتجارب السابقة، واتخاذ أفكار وأساليب جديدة ضمن إطار من التعاون والتفاهم والتعاون والعمل المشترك والتعاضد في إدراك وتلمس أداء المهام بطرق مختلفة.

5- جعل عملية التعلم أمرا" ممتعا" ومنتجا" وفعالا" من خلال التعلم ضمن مجموعة ، وتحليل توقعات الأفراد في التعلم من خلال الآخرين، وتبادل الآراء والمقترحات من خلال المناقشة والحوار.

6-الارتقاء بمستوى الذكاء الجماعي للعاملين المشاركين في عملية التعلم، من خلال التشارك في المعلومات، والتعاون في استكشاف حلول مجدية للمشكلات المعقدة .

7 - الحرص على عدم عودة العاملين لطرقهم القديمة في أداء الأعمال من خلال تحفيزهم من خلال الحوافز المادية والمعنوية لمواظبة على أداء المهام بأساليب جديدة مبتكرة.

8- التمعن والتفحص باستمرار في البيئة الخارجية للمنظمة المتغيرة والمتقلبة ،بما تحويه من ظروف غامضة ، وتحديات صعبة، والتسلح بالعلم والمعرفة والأفكار المبتكرة لمواجهتها وحلها.

وترى الباحثة أنه لبناء منظمة التعلم في بيئتنا بشكل عام ومشافينا وفنادقنا بشكل خاص، لابد من العناية بتكوين الاتجاهات وتوفير العمليات الإدارية الضرورية وخلق البيئة المناسبة للتعلم من خلال القيام بالنقاط التالية:

1 – تمكين السمات القيادية للمدراء والتقليل ما أمكن من نماذج التحكم والرقابة الذاتية من خلال إلحاقهم بدورات تدريبية مكثفة على القيادة التشاركية والتحويلية ، وتثقيفهم بأهمية منظمة الـتعلم والتعلم التنظيمي.

2– إجراء مسح شامل عن البيئة الداخلية لكافة الأفكار والاتجاهات لتشخيص واقع وقابلية البيئة للتعلم.

3– تبني إعلام مرئي يساعد على تثقيف العاملين بأهمية مفهوم الـتعلم والمنظمـات المتعلمـة، ويشجعهم على تغيير عاداتهم ومعتقداتهم البالية وتبني أساليب وطرق تفكير جديدة ومميزة.

4– خلق مناخ للتعلم وبيئة داخلية تجسيد التعاون والحوار الصريح المثمر من خلال وجود هيكل تنظيمي مسطح.

5- التعزيز التقني، واستخدم شبكات معلومات أفقية مدعمة بأدوات تسمح بتبادل المعلومات والمعرفة والتعلم.

6- تكوين رؤية مشتركة مستقبلية ،وتشجيع العمل والتعاون المشترك، وتنمية المهارات والخبرات وتبادل الأفكار والمعرفة ومكافأة المبدعين مما يشجع على إحداث عملية تعلم مجدية .

5 -1 عوائد تطبيق منظمة التعلم:

1-5-1 منظمة التعلم والالتزام والرضا الوظيفي:

إن منظمة التعلم بما تعكسه من معاني التقريب الوجداني بين المديرين والعاملين، من خلال مفهوم العمل التعاوني الجماعي والمشاركة في عملية اتخاذ القرارات وتمكين العاملين بمنحهم الصلاحيات اللازمة لأداء المهام الموكلة إليهم، دور هام في تحقيق الرضا الوظيفي للعاملين وكسب ولائهم وإخلاصهم.

حيث أن الهياكل التنظيمية العضوية المرنة بما تتضمنه من التركيز على النواحي الإنسانية والعاطفية للعاملين وتفويض الصلاحيات وإشراك جميع العاملين في المنظمة في تقرير أمور العمل والتأثير في حل مشكلاته، وتفهم أهداف المنظمة ورؤيتها ورسالتها واستراتيجياتها، وتقدير إمكانيات المنظمة، ومعرفة الفرص المتاحة والمعوقات الموجودة ، وتزويدهم بالمعرفة والمعلومات عن الطرق والوسائل والإمكانيات التي تؤدي إلى نتائج ايجابية ، وتحميلهم المسؤولية عن النتائج، لها دور ايجابي في تعزيز ثقة العاملين بأنفسهم وشعورهم بالسعادة والرضا والإخلاص والتفاني في خدمة المنظمة .

فقد توصلت دراسة (Gardiner, Whiting ,1997) [1] إلى أن زيادة درجة التمكين للعاملين أدت إلى ارتفاع رضا العاملين وأنهم أصبحوا قادرين على العمل في فرق وجماعات ويرجع الفضل في ذلك إلى دعم وتدريب المشرفين الذين بذلوا جهودا كبيرة في عمليات التعلم ، كما أكدت أن عوامل النجاح الحاسمة للمنظمة المتعلمة تكمن في التعلم الفردي والتطوير الذاتي ، بيئة التعلم ، مشاركة العاملين في صنع السياسات ،استخدام المعلومات ، تمكين العاملين ، القيادة والهيكل التنظيمي، الارتباط مع البيئة الخارجية.

كما رأى (المبيض& عواد،2002)[2] أن للدعم التنظيمي، الثقة الوجدانية، توافر رؤية مشتركة، شعور الفرد بأن العمل الذي يؤديه ذات قيمة، ويستحق جهده ووقته، ومشاركته في اتخاذ

---

[1] Gardiner; P,Whiting,P.(1997).Success factors in learning organization :An empirical study ,Industrial and Commercial Training ; Vol ,29 ,Iss 2 ,pp41 -48.

[2] المبيض،علي محمود،عواد،عمرو محمد أحمد ، (2002). محددات ونتائج تمكين العاملين بالوظائف الإدارية بمستشفيات عين شمس، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الأول ،2002 ،ص ص 1- 82.

القرارات الهامة المتعلقة بعمله، امتلاكه تأثيرا" في أعمال الآخرين والتي تؤثر بـدورها علـى عمله، قدرته على أداء المهام المطلوبة منه بمهارة وإتقان، دورهام في زيـادة الرضـا والأداء الوظيفي.

ورأت دراسة (Lee, 2007)[1] أن نظم القيادة التقليدية لم تعد مناسبة لتحقيق رضا العاملين، فلابد من تطوير وتعزيز المهارات القيادية لتصبح مؤهلة لدعم وتعزيز أنشطة التعلم والابتكـار وتطوير العاملين، مما يسهم في تنمية معارفهم ويحقق رضاهم.

كما أكد (Ogaard et al ,2007)[2] أن للهيكل التنظيمي العضوي المرن الانسيابي الذي يسمح بتدفق المعلومات بحرية ومرونة، فيبتعد في تصميمه عن الهيكل الآلي التقليـدي الجامـد فـي المنظمات العاملة في صناعة الضيافة دور ايجابي في تعزيز الرضا والانتماء والأداء التنظيمي للعاملين.

وترى الباحثة أن توفر بيئة عمل صحية للتعلم حيث يتلمس الأفراد طرقـا" جديـدة للعمـل ،وتوفير قيادة متفهمة ومتعاونة، وتنوع في المهارات والأفكار، وتمكـين العـاملين بمـنحهم الصلاحيات اللازمة لأداء عملهم،يؤثر ايجابيا" على درجة رضا الفرد واندماج بمنظمته وولائه لها.

2-5-1 منظمة التعلم والإبداع:

يعدّ التعلم ركيزة هامة من ركائز الإبداع ، فالتعلم بشكل عام هو تحليـل إبـداعي للبيئـة، والعمود الفقري من أجل تحسين القدرات والإمكانات المتاحة لأي فرد، فتوفير بيئة عمل خاليـة من النزاعات الفردية ، وتشجيع العاملين على التعلم للوصول إلى أفكار جديدة، يساعد على تنمية وتحسين الطاقات الإبداعية للأفراد العاملين في المنظمة.

"فمنظمة التعلم هي حاضنة للمبدعين وأفكارهم ، إذ تعمل على خلق وتنميـة بيئـة ترعـى وتشجع الإبداع ، ويصبح ذلك جزءا" من ثقافة المنظمة التي تجذرها وتنقلها من جيل إلى آخـر، وينعكس ذلك على أنظمتها وهياكلها وإجراءاتها ومنظومة الحوافز التي تتبناها، ومن هنا تنتقـل

---

[1] Lee ,C,(2007). "A Study on relationship among leadership , organizational culture ,the operation of learning organization and employees 's job satisfaction .,The learning Organization ,Vol .14.No .2 pp 155-185.

[2] Ogaard ,T , et al (2007). Perceotion of organizational structure in the hospitality industry ,Consequences for commitment ,Job satisfaction and perceived performance. Tourism Management ,Available online in 17 august-2007. P 1-11.p10

المنظمة من تلقي المعرفة إلى خلقها ومن نقل الأفكار المبدعة إلى تبنياهـا ، ويصـبح تأثيرهـا بالزبائن والمتعاملين ليس ردود أفعال بل تؤثر بهم أكثر مما يؤثرون بها. [1]

و" يتخذ الإبداع التنظيمي أشكالا" متعددة فقد يكون الإبداع في الإنتاج أو مهـارة فـي أداء الأفراد أو حجمها أو محتوياتها أو درجة الجودة العالية للناتج ، وإقبال العمـلاء والتنـوع فـي الخدمات التي تقدمها أو تطوير سلعها وأنظمتها ، أو إيجاد طرق جديدة للتعامل مع الموردين أو المنافسين أو تطوير طرق تنظيم المنظمة وإدارة الأفراد فيها."[2]

"فالمعنى الحقيقي وراء الإبداع هو توسيع رؤية الأفراد وحلمهم بمنـتج وخدمـة جديـدين ومختلفين من أجل تقدّم المنظمة، ويتطلب حدوث هذا الشيء توفير الانفتاح واكتشاف واختبـار وتجريب الأشياء الجديدة، وحب خلق المعرفة، والرغبة القوية في توليد ومتابعة الفكـرة، فهـو يعني توفير البيئة التي تشجع على المشاركة بالمعرفة ضمن إطار قـدرات وإمكانـات الأفـراد لإنجاح مصلحة المنظمة. إن الهدف النهائي هو التركيز على خلق منتج أو خدمة الغـد اللـذان يريدهما عمال المعرفة من أجل المنظمة"[3]

حيث توصل (بكار،2002)[4] إلى أن توفر العناصر الملائمة لبناء منظمـة التعلمالمتمثلـة بتوفر هياكل وأنظمة تساعد الأفراد وتشجعهم على تطوير مهاراتهم في عمليات التعلم ، إزالـة العوائق التي من الممكن أن تعترض سبل الاستفادة من معارفهم وخبراتهم، وجود رؤية تنظيمية مشتركة مرتبطة بإستراتيجية المنظمة واتجاهاتها ، تشجيع العاملين على تغيير نماذجهم الذهنيـة وتحسين مستوى تعلمهم الفردي والجماعي ، تعزيز التعلم ضمن فرق عمل مدارة ذاتيا"، لها أثر كبير على تطوير القدرات الإبداعية للعاملين.

ويؤكد (Darroch, 2005)[5] إن لاكتساب المعرفة واقتنائها ونشرها ومشـاركتها وزيـادة قابلية المنظمة للاستجابة الفعالة وقدرتها على التميز وعمليات التعلم ونمـط الإدارة التشـاركية ووضوح وكيفية صياغة الاستراتيجيات ،أثر هام على تحقيق الأهداف التنظيمية خاصـة الأداء المالي والمساهمة في خلق الإبداعية.

---

[1] الفاعوري، رفعت عبد الحليم ،(2005). مرجع سبق ذكره.ص98.

[2] عبد الوهاب ، علي ،(1995).القدرات الإبداعية للعاملين ، مجلة الإدارة العامة ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، العدد (25). ص 37-49.

[3] Awad, E, M & Ghaziri H, M., (2004), Knowledge Management, Pearson Education, inc, New jersey. p417

[4] بكار ،براء (2002) . إدارة الإبداع في المنظمات المتعلمة : دراسة حالة ميدانية على شركة الاتصالات موبايلكم – الأردن ، رسالة ماجستير غير منشورة ، عمان:جامعة اليرموك:كلية الاقتصاد والإدارة.

[5] Darroch ,J.(2005).Knowledge Management innovation and firm performance, Journal of knowledge Management_, Vol .9,No .3,pp :101-115.

وأكدت (kontoghiorghes et al, 2005)[1] أن لخصائص منظمة التعلمالمتعلقة بنظم الاتصالات المفتوحة ومشاركة المعلومات ودعم سلوكيات المخاطرة وابتكار الأفكار الجديدة واتاحية الموارد دور كبير في تحسين القدرات الإبداعية للعاملين والتكيف مع التغييرات البيئية .فتطبيقات تكنولوجيا المعرفة، والإدارة التشاركية، وتمكين واندماج العاملين،والتدفق الغزير للمعلومات، وسهولة قنوات الاتصالات، وتوفير إمكانات التطوير الذاتي أثر كبير على إدارة الإبداع.

وتتفق الباحثة مع الآراء السابقة حيث ترى أن الإبداع هو شكل هرمي قاعدته التعلم ، فمنظمة التعلم بما تحويه من اتصالات مفتوحة وهياكل مرنة وتعاون جماعي ،وتمكين العاملين بالمشاركة في صنع القرارات وتشجيع العاملين على ابتكار أفكار جديدة وتبادل الآراء من خلال الحوار الصريح والمناقشة البناءة ،تشكل بيئة" خصبة" للإبداع، حيث تحول الإبداع من نشاط متخصص أو تجربة خلاقة فردية للمبدع إلى طريقة سلوك وممارسة جماعية وسمة من سمات المنظمة.

3-5-1 منظمة التعلم والسياحة العلاجية :

تتسم منظمة التعلم بأنها منظمة تستهدف إيجاد مستويات مرتفعة من العلاقات المتوافقة والمنسجمة، تدار بوسطة فرق قيادية ومهنية وتعمل بأسلوب المشاركة وتهتم بتنمية القيم المشتركة بين كافة أعضائها، فهي منظمة تعي وتستشعر احتياجات العملاء وتوقعاتهم سواء كان مريضا" أو نزيلا" أو سائحا" ...ألخ . حيث تساهم القيم المشتركة بين أعضاء المنظمة والتي تدعم المنظمة ومساراتها القيمية، في جعل المنظمة قادرة على النمو وتحقيق نجاحات مالية، وتحسين جودة الحياة الوظيفية لكل العاملين، واكتساب القدرة على الإسهام الفعال في تلبية جميع احتياجات العملاء وتوقعاتهم ومصلحة المجتمع كله. وتحقيق الأرباح ودعم المركز التنافسي وتقوية الأداء.

ورغم عدم توفر دراسات تربط بين منظمة التعلم والسياحة العلاجية بصورة مباشرة إلا أن أغلب أدبيات الإدارة أكدت أن هناك أثر ايجابي للمنظمة المتعلمة على جودة الأداء.

[1] Kontoghiorghes ,S,C .et al, (2005).Examining the relation between learning organization characteristics and change adaption innovation, organizational performance.. Human Resource development Quarterly,Vol.16,No.2,pp185-211.

1-3-5-1 منظمة التعلم وجودة الخدمة على مستوى المشافي:

أشارت مقترحات لجنة فيننا المقدمة لمنظمة الصحة العالمية في ابريل (1997) " إلى حاجة منظمات الرعاية الصحية ومن ضمنها المستشفيات إلى إعادة تشكيلها لتكون منظمات التعلم مهتمة بتوفير قدر أكبر من الرعاية الصحية واقترحت اللجنة مجموعة من المبادئ والاستراتيجيات التي يمكن التمسك بها من أهمها: أن تكون هذه المنظمات موجهة لتحقيق تحسن ملحوظ في الجودة وتحقيق رفاهية المرضى ومهتمة بالظروف المحيطة ومدركة لحقيقتها بأنها منظمات التعلم واقعية بالتركيز على منهج شمولي للرعاية ومرتكزة على أفراد متمكنين وقادرين على تقديم أفضل ما لديهم ، وأن تكون مشجعة على عمليات المشاركة والتعاون وتوفير ظروف ملائمة للعاملين من خلال تقليل مخاطر العمل وتخفيض حدة الغموض وإتباع استراتيجيات جديدة فعالة لاتخاذ القرارات المهمة وتوفير قنوات اتصال مفتوحة وآليات للتغذية المرتدة وإمكانات وقدرات التعلم المستمر، وتمكين العاملين بكافة مستوياتهم واستخدام أساليب وتقنيات متعددة لتحقيق تطوير تنظيمي من خلال تغيير الإجراءات الروتينية القائمة وإعادة تشكيلها، وتدريب الأطباء ونقل وتبادل المعرفة المتاحة وتطوير القدرات الإدارية للعاملين والمديرين ، للوصول إلى تقديم مستويات مرتفعة من العناية للمرضى والمراجعين . " [1]

"حيث أن تجسيد مفهوم منظمة التعلم في المشافي بدفع جميع العاملين إلى تحصيل مؤهلات وجدارات ومعارف قصوى فيما يعلق بوظائفهم ، ووضع الميزانيات الميسرة لذلك ، والتخطيط لإستراتيجية مرتبطة برؤية مشتركة وتشجيع التبادل المشترك للمعارف بين العاملين وتعزيز التعلم المستمر في ممارسة الرعاية الطبية ، ضرورة حتمية للوفاء بمتطلبات المرضى ورغباتهم وتوفير مستويات مرتفعة من الجودة. " [2]

وعلى نحو مماثل أكدت (Confessore,1997)[3] أن تبني العاملين في المجال الطبي لاستراتيجيات التعلم الرسمية وغير الرسمية، ونقل المعارف والخبرات،والاعتراف بالأخطاء والتعلم منها، والتشارك في حل المشكلات بشكل جماعي، يؤدي إلى تحسن ملحوظ في مستوى الإنتاجية، وتقليل التكاليف الطبية، وزيادة فرص الابتكار والإبداع الخلاق، وتحسين العلاقة مع

---

[1] The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospital ,(1997). At the web site :http :// www.euro.who.int/document/ IHB/hphviennarecom.pdf

[2] Clinical Development Co – ordinator (1998), Viborg Hospital ,A hospital becomes learning organization , (1998), Nursing Ethics ,Vol .5,Iss 2,pp:174-176.

[3]. Confessore ,S ,(1997) .Building learning organization: Communities of Practice, Self-Directed Learning, and Continuing Medical Education, The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 1997; 17(1):5-11

المرضى وفيما بين العاملين أنفسهم، وتحقيق سرعة في الانجاز وتقديم مستوى خـدمات طبيـة متميزة.

و يرى (Murray,2001)[1] أن تطبيق مفهوم منظمة التعلم في المشافي يتطلب:

- توفر نظام متطور لاستملاك المعرفة وتوزيع المعلومات وتفسيرها وتوثيقها وضـمان عـدم احتكارها وتلاعب بها لتحقيق مكاسب شخصية .
- تسهيل الاشتراك المتبادل للمعارف والخبرات مع المشافي الأخرى للاسـتفادة مـن تجـارب الآخرين والتعلم من حالات النجاح أوالفشل .
- توفر عنصر الثقة والشفافية بين الأفراد مما يحفزهم على العمل معا" لخلق معرفة جديدة نافعة و الإبداع والابتكار.

فالتطبيق الصحيح لمفهوم منظمة التعلم يساعد على تحريـك عجلـة الـتعلم لكـل الأفـراد ،وانسياب الأفكار والرؤى الجديدة ، واكتساب المهارات الضرورية ، واتخاذ القرارات السريرية الصحيحة ،والتقليل من الأخطاء الطبية والجراحات الخاطئة ، وتخفيض الكلف العالية ، وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

كما وجدت (Awbrey et al,2005)[2] أن لتمتع منظمات الرعاية الصـحية بخصـائص منظمة التعلم المتمثلة بالاتصالات المفتوحة، تحمل المخاطرة، دعم وحفز التعلم، توفر معلومات الضرورية لانجاز المهام، فرق العمل المدرة ذاتيا"، مكأفاة التعلم، إدارة المعرفة، التدريب، دور هام في تحسين جودة أداء العاملين فيها وزيادة سرعة تكييفهم مع المتغيرات التنظيمية وتوسـيع طاقاتهم وقدراتهم على الإبداع والابتكار.

ورأى (Rowley, 2006) [3] أن لتوافر الثقة في الإدارة العليا التنفيذية، و الإحساس برؤيـة ورسالة المشفى وتوجهاته الإستراتيجية، و خلق مناخ داعم للعمل والتعلم، دور ايجابي في إرساء ثقافة النجاح والطموح وتمكين العاملين من تقديم الخدمات للمرضى بصورة أفضل.

و أكد (عامر ،2007)[1] أن التطبيق الفعال لمتطلبات منظمة المتعلمة في المستشفيات وتحول الإدارة في المستشفى من الإدارة التقليدية إلى الإدارة الواعية و الداعمة لعملية التعلم من خـلال

---

[1] Murray, A,M,(2001). Scanning and vicarious learning from adverse events in health care. Information Research, Vol. 7 No. 1, October 2001,P 113

[2] Awbrey, S. M.et al (2005). Examining the Relationship Between Learning Organization Adaptation Innovation, and Characteristics and Change Organizational Performance, Journal of Human Resource Development Quarterly, vol. 16, no. 2, r 2005,pp185-211

[3] Rowley ,S,D,(2006). The journey of a teaching hospital to become a learning organization ,Australian Health Review , Vol . 30 , Iss, 2,PP; 232-240.

القيادة الفاعلة، استخدام أسلوب فرق العمل، إتاحة حرية المعلومات ، بناء ثقافة واعية . بالإضافة إلى أن مشاركة العاملين لبعضهم البعض وتبادل الخبرات والمعارف والعمل معا" على حل المشكلات بأسلوب التعلم. سوف يساعد على جذب المزيد من المرضى، تحسن جودة الخدمة الطبية والعلاجية المقدمة، وانخفاض نسبة شكاوي المرضى والمستفيدين من الرعاية الطبية والعلاجية،وتحقيق رضا المرضى والمجتمع عن الخدمات الطبية المقدمة.

1-3-5-1 منظمة التعلم وجودة الخدمة على مستوى الفنادق:

لابد من قيام كافة المنظمات العاملة في مجال صناعة الضيافة بإحداث تغيير جذري استراتيجي حقيقي، قائم على أساس التحرك نحو فلسفة التعلم من خلال تبني هياكل عضوية مرنة وإيجاد قيادة تعاونية تشاركية تحويلية تواكب متطلبات العصر الحالي، والالتزام بتحقيق الجودة والتدريب والتعلم والتحسين المستمر والمشاركة الفعالة في عملية اتخاذ القرارات من قبل العاملين، واحترام العملاء والتركيز عليهم وبناء علاقات جيدة معهم، لكسب ولائهم ،وإحداث تغيير ايجابي يساعد الأفراد والمنظمة على الازدهار والنمو، وتقديم خدمات مبدعة ومتميزة للعملاء.

حيث يؤكد (Kutanis & Bayraktaroglu, 2002)[2] أنه من الضروري أن يتحول العاملون في الفنادق من مجرد عاملين يتلقون الأوامر وينفذونها، إلى عاملين ذوي معرفة يمتلكون قدرات ومهارات معرفية مميزة، من خلال إحداث تغيير جذري في طريقة التفكير العقلي للمدراء، ودعم الأفكار الإبداعية والمبتكرة من كل مستويات الإدارية في الفندق، وخلق الرؤية المشتركة، وتعزيز المناخ الايجابي للتعلم، واكتساب مهارات جديدة، وتعديل سلوكياتهم وتغيير مواقفهم من خلال التعاون والحوار والقبول والتبادل، مما سيخلق أثرا" ايجابيا" طويل المدى على الأداء.

و توصل (السيد، 2004)[3] إلى أن العمل الجماعي المشترك والبعد عن مركزية والاتجاه نحو انجاز العمل بمهارة والرغبة بالتحدي يساعد على تطبيق فرق العمل المدارة ذاتيا" في المنظمات الفندقية، كما أن للتركيز على فرق العمل المتعددة المهام وإمكانيات التعاون والتنسيق والمشاركة

---

[1] عامر ، ميال حمود (2007) ، أثر تطبيق منهج منظمة التعلم على تحسين ادارة الجودة الشاملة – دراسة تطبيقية على مستشفيات جامعة عين شمس – رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاقتصاد ،جامعة عين شمس . ص74

[2] Kutanis & Bayraktaroglu , (2002): Transform hotels into learning organizations a new strategy for going global. working paper, Department of Management ,The Faculty of Economic and Administrative Sciences , Sakarya,Turkey.

[3] السيد ، محمود محمد (2004) ، أثر القيم الثقافية على تطبيق فرق العمل ذاتية الإدارة في المنظمات الخدمية ، دراسة ميدانية على القطاع الفندقي ، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الأول ، ص 93 – 172.

وتبادل الخبرات والمعارف وإعمال الحوارات والمناقشات المثمرة، بصـــماته الواضـــحة علـــى تعزيز كفاءة وسرعة وفعالية الأداء ،وإمكانية تحسين الجودة والمساهمة الفاعلة في زيادة الربحية في الفنادق.

و ترى الباحثة أن تطبيق مفهوم منظمة التعلم في المشافي والفنادق السورية مـــن خـــلال توفير مناخ تنظيمي ايجابي يشجع على تنمية الذاتية والتعلم الجمـــاعي ومشـــاركة الآخـــرين بالمعارف والخبرات الناجحة وتجسيد أخلاقيات المهنة وتبني ثقافة تنظيمية تركز على العميـــل وتحافظ على شبكات الاتصال المفتوحة، وتعظيم المرونة من خلال إشراك العاملين في توليـــد الأفكار وصنع القرارات والابتكار، يسهم في تطوير البنى التحتية للسياحة العلاجية ،و يجعلها عامل جاذب للسياح من الخارج .

الفصل الثانـي :السياحة العلاجية

2- 1 مفهوم السياحة

2- 2 ماهية السياحة العلاجية

2- 3 تجارب بعض الدول الرائدة في مجال السياحة العلاجية

السياحة العلاجية

مقدمة

تمثل السياحة أهم ظاهرة اقتصادية واجتماعية في عالم اليوم، وتحتل صناعة السياحة كقطاع إنتاجي موقعًا مهمًا في اقتصاديات العديد من الدول .كما يعتبر قطاع السياحة أسرع القطاعات الاقتصادية من حيث النمو المطرد، فالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية من جهة ، والتطور التكنولوجي والتقني وكثافة الإعلام السياحي من جهة أخرى ساهم في وجود هذه القفزة السياحية العالمية .

وفي الآونة الأخيرة نشطت ظاهرة سفر الأفراد من البلدان المتقدمة إلى البلدان النامية لعلاج أمراض الجسد مع الترويح عن النفس ، وقد اكتسب هذا النوع من السياحة اهتماما" متزيدا" من قبل المسئولين والباحثين نظرا" لآثارها الاقتصادية الهامة، و لما توفره من زيادة في الدخل القومي يسهم في التنمية الاجتماعية والاقتصادية فالإنفاق الذي يكون عادة لقاء الخدمات الطبية والعلاجية التي يحصل عليها السائح أو مقابل سلع يشتريها، يشكل موردا" اقتصاديا" للمنطقة التي تستقطب السياح ومجالا" لتشغيل الأيدي العاملة، مما يبرز الدور الهام للسياحة العلاجية في تحقيق التطور الاقتصادي للبلدان المضيفة .

وقد قامت الباحثة في هذا الفصل بتسليط الضوء على السياحة العلاجية، وتوضيح كافة الجوانب المختلفة المتعلقة بها مفهومها ومكوناتها وأهميتها ومعوقاتها والسبل الكفيلة بتنميتها وتطويرها، أملا" في الوصول إلى قطاع سياحي طبي سوري متميز وجاذب للسياح الطبيين من مختلف أنحاء العالم.

2- 1 مفهوم السياحة:

2-1-1 تعريف السياحة:

حيث تعرفها منظمة العالمية للسياحة بأنها " اصطلاح يطلق على نشاطات أو رحلات يقوم بها الأفراد للسفر والمكوث خارج نطاق حدود أوطانهم، أو مدنهم، أو بيئتهم المعتادة، لمدة لا تقل عن يوم كامل ولا تتجاوز العام الواحد، وذلك بهدف الترويح عن النفس أو إنجاز بعض المهام أو الأغراض التي لا ترتبط بالتكسب المباشر."[1]

---

[1] محمد غنيم، عثمان (1999). التخطيط السياحي، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1 ، الأردن، 1999 ، ص23 .

كما يعرفها (مقابلة ، 1999)[1] بأنها "مجموعة الظواهر أو الأحداث والعلاقات الناتجة عن سفر وإقامة غير أصحاب البلد والتي لا يكون لها ارتباط بأي نشاط ربحي أو نية للإقامة الدائمة حيث تكون بمثابة الحركة الدائرية التي يبدأ فيها الشخص أو المجموعة الترحال بداية من البلد الأصلي أومكان الإقامة الدائمة وبالنهاية العودة إلى نفس المكان."

وترى الباحثة أن السياحة هي" نشاط يقوم به الأفراد للسفر خارج حدود بلدهم ، لفترة محدودة من الزمن بقصد الراحة والاستجمام والحصول على خدمات ومنافع متنوعة في البلد المضيف."

2-1-2 أنواع السياحة:

يمكن تصنيف السياحة إلى عدة أنواع كما يلي[2]:

1- حسب جنسية السائح: سياحة داخلية تتم من قبل موطني دولة معينة داخل حدود دولتهم، وتنفق فيها عملة محلية. وسياحة خارجية تتم من قبل مواطنين أجانب داخل حدود دولة أخرى.

2- حسب هدفها: وهي متنوعة ومتعددة على سبيل المثال السياحة الدينية ، السياحة العلاجية، السياحة الاجتماعية، سياحة المعارض ، سياحة المؤتمرات ، السياحة البيئية ، سياحة السفاري والمغامرات، السياحة الرياضية، سياحة التجوال، سياحة التسوق، السياحة الترفيهية، السياحة الثقافية، السياحة الدبلوماسية.

3- السياحة حسب أماكن النوم: وتنقسم إلى سياحة في الفنادق، والقرى السياحية، والمخيمات السياحية.

4- حسب فترة الإقامة: وتصنف إلى سياحة طويلة عادة ما تكون لمدة أسابيع، وسياحة قصيرة تمتد فترتها إلى أقل من أسبوعين.

5-حسب المكان الذي يتوجه إليه السياح : سياحة طبيعية تستهدف القرى والجبال والطبيعة ، وسياحة مدنية تستهدف المهرجانات والتسوق.

6-حسب الشكل التنظيمي : وتصنف إلى السياحة الجماعية حيث يسافر السياح جماعيا ضمن برنامج معين عن طريق وكالات السياحة والسفر، وسياحة فردية وهي أن يقوم السائح بمفرده أو

---

[1] مقابلة،خالد ، (1999)، فن الدلالة السياحية ، دور وائل للنشر، عمان، 1999 ، ص18.

[2] السكر، مروان (1999)، مختارات من الاقتصاد السياحي، دار مجدلاوي للنشر، ط1 ، الأردن، 1999 ، ص 14-33.

برفقة معارفه بتنفيذ رحلة على حسابه الخاص والحصول على الخـدمات السـياحية بالاتصـال المباشر بالمشروعات السياحية.

وترى الباحثة أن نمط السياحة العلاجية غير منفصل عن باقي أنواع السياحة بل هو متداخل معها، فمن الممكن أن تكون السياحة العلاجية بقصد العلاج والتسوق معا" أو بقصـد العـلاج والترفيه، كما قد تكون سياحة علاجية جماعية أو فردية ، سياحة طويلة أو قصيرة ، سـياحة داخلية أو خارجية.

3-1-2 متطلبات النشاط السياحي:

هناك عدة مقومات ينبغي توافرها لتحقيق عنصر الجذب السياحي؛ وهي على النحو الآتي[1]:

- مقومات طبيعية: وتشمل مناخ معتدل، وطبيعة متنوعة ، ومواقع متميزة.
- مقومات خدمية : وتتضمن البنية الأساسية الداعمة للنشـاط السـياحي كوسـائل الاتصـال والمواصلات، المشافي ،الفنادق ، المطاعم . كما تشمل توافر عناصر الاستقرار السياسـي والاقتصادي والأمني، وتأمين وسائل السلامة للسائح، فضلاً عن الأمور الإدارية المتعلقـة بتقديم تسهيلات الدخول والخروج .
- مقومات حضارية وثقافية :كالمواقع والمزارات التاريخية؛ وعادات وتقاليد أصيلة فـي بلـد المضيف.
- مقومات بشرية :وتعني توافر كوادر بشرية مدربة ومؤهلة لتقديم خدمات متميزة للسياح.
- مقومات مادية : وتعني توافر الإمكانات المالية والتقنية اللازمة للنهوض بالنشاط السـياحي وتمويل مركز للتسويق السياحي، بالإضافة إلـى التشريعات والأنظمة والقوانين الواضحة والمشجعة على الاستثمار..

وترى الباحثة أن سورية تمتلك أغلب المقومات السابقة من مصايف ذو طبيعـة خلابـة، ومواقع تاريخية عريقة، ومواقع دينية عريقة في القدم، ويد عاملة. إلا أن المقومات الخدميـة بحاجة إلى المزيد من الجهود لتحقـق المرونـة الكافية لتلبية رغبات ومتطلبات مختلف أنواع السياح.

4-1-2 أهمية السياحة:

يمكن إبراز أهمية السياحة من خلال الجوانب التالية :

---

[1] الرفاعي،عبد الهادي ،(2005). دراسة إحصائية لواقع السياحة في سورية ،مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية ، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية ، المجلد (27) ، العدد (1) . ص1– 28 . ص18

1- الجانب الاقتصادي تكمن الأهمية الاقتصادية للسياحة في النقاط التالية :

• خلق فرص عمل :إن القطاع السياحي كثيف التشابك ويرتبط مع العديـد مـن القطاعـات الأخرى، وهذا يعني قدرة القطاع السياحي على توليد فرص العمل بحيث تفوق حدوده، وتمتـد لتصل حدود القطاعات الأخرى التي تجهزه بمستلزمات الإنتاج.

• "تدفق رؤوس الأموال الأجنبية :تساهم السياحة في توفير جزء من النقد الأجنبي لتنفيذ خطط التنمية الشاملة، ويمكن تلخيص بعض أنواع التدفقات للنقد الأجنبي الناتج عن السياحة في الآتي:

- مساهمة رؤوس الأموال الأجنبية في الاستثمارات الخاصة بقطاع السياحة.
- المدفوعات التي تحصل عليها الدولة مقابل منح تأشيرات الدخول للبلاد.
- فروق تحويل العملة.
- الإنفاق اليومي للسائحين مقابل الخدمات السياحية، بالإضافة إلى الإنفاق على الطلب علـى السلع الإنتاجية والخدمات لقطاعات اقتصادية أخرى."[1]

• "تحسين ميزان المدفوعات :تساهم السياحة كصناعة تصديرية في تحسين ميزان المـدفوعات الخاص بالدولة، نتيجة تدفق رؤوس الأموال الأجنبية المستثمرة في المشروعات السياحية، وكذلك الرسوم التي تقوم الدولة بتحصيلها من السائحين، وخلق استخدامات جديدة للمـوارد الطبيعيـة، بالإضافة إلى المنافع الممكن تحقيقها نتيجة خلق علاقات اقتصادية بين قطاع السياحة والقطاعات الأخرى ."[2]

2-الجانب الاجتماعي والثقافي: تعد السياحة مطلب اجتماعي ونفسي هام من أجل استعادة الإنسان لنشاطه وعودته للعمل بكفاءة من جديد.كما يمكن اعتبارها أداة للاتصال الفكري والتبادل الثقـافي والمعرفي بين الشعوب والدول.

5-1-2 واقع السياحة في سورية:

تعد سورية من البلدان التي تمتلك مقومات سياحية كبيرة، لما تتمتع به مـن منـاخ معتـدل وموقع متميز وطبيعة خلابة، فيها البحر والجبل والسهل وفيها الأوابد التاريخية العظيمة التي تعد مقصداً لعدد كبير من الزوار. بالإضافة إلى توفر أماكن للسياحة الاستشفائية كحمام أبو رباح في

[1] ماهر، أحمد ، أبو قحف، عبد السلام. (1999) ، تنظيم وإدارة المنشات السياحية والفندقية،الطبعة2 ،المكتب العربي الحديث،مصـر، 1999، ص17 .

[2] الأنصاري ، محمد إمام ،عواد ، إبراهيم خالد، (2002) . إدارة المنشآت السياحية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، ط 2002 ، 1 ، ص32.

تدمر وحمام الشيخ عيسى في إدلب.، ولكنها ما زالت تعاني من ضعف في الاستثمار أوالجذب السياحي.

" حيث أن عوامل كثيرة متداخلة تؤثر في الطلب على السياحة السورية، كمستوى الدخل الفردي ومعدلات نموه في السوق السياحية (أي في الدول المصدرة للسياح إلى سورية)، تكاليف السفر إلى سورية من مختلف المناطق في العالم، ، الترويج السياحي وفاعليته في الجذب السياحي إلى سورية،الوضع التنافسي للسياحة في سورية، مقارنة بباقي الدول وكذلك التسهيلات المتوافرة فيها.

وقد وضعت وزارة السياحة عدد من الأهداف لتطوير القطاع السياحي، وتفعيل دوره في الاقتصاد الوطني منها: تفعيل العلاقات مع الأسواق المصدرة للسياح باتجاه سورية وبشكل خاص السوق العربية والإسلامية، وتأمين خصوصية مستلزماتهم، واستعادة حركة القدوم الأوروبية والأمريكية وتطوير احتياجاتها، اتخاذ الإجراءات العملية اللازمة لفتح أسواق جديدة واستقدام السياح العرب من بلاد الاغتراب والسوريين منهم بشكل خاص، وفتح قنوات الاتصال معهم. "[١]

كما أن صناعة السياحة السورية مازالت في بداياتها ، فالسياحة السورية تتسم بالسمات التالية :[٢]

- لا توجد صناعة سياحية جيدة، حيث أن الاستثمار السياحي محدود وغير فعال.
- السياحة في سورية تعتبر موسمية، مما يجعل العائد من الاستثمار (في حال الاستثمار) ينخفض إلى النصف تقريباً بسبب هذه الموسمية.
- السياحة ما تزال تعيش حالة من الفوضى والعشوائية وانعدام التخطيط، حيث أن هناك فرق واضح بين الواقع والطموح.
- لا يوجد اهتمام في سورية بالسياح السوريين، وأن مساهمة السياحة في الدخل القومي مازالت مساهمة محدودة.

وترى الباحثة أنه بالإمكان النهوض بالسياحة السورية من خلال تركيز الاهتمام على الاستثمار في جانب هام من جوانب السياحة وهي السياحة العلاجية، والذي قد يساعد على تنشيط الأنواع الأخرى من السياحة في سورية، وتمتلك سورية كافة مقوماته من فنادق ومشافي متعددة وكوادر بشرية وطبية ذات كفاءة ومهارة .

---

[١] الرفاعي،عبد الهادي،(2005). مرجع سبق ذكره ص18.

[٢] مرجع سبق ذكره ص26.

2-2 ماهية السياحة العلاجية:

1-2-2 لمحة تاريخية عن نشأة السياحة العلاجية:

"برزت أهمية السياحة العلاجية منذ القدم، حيث جرت العادة بسفر الطبقات الراقية للجماعات الأوربية الغنية إلى الينابيع المعدنية الحارة لأغراض طبية وذلك في فصول الربيع.

وقد استقطبت المشافي في العالم العربي في أوج ازدهار الحضارة الإسلامية ملايين المرضى من كافة بقاع الأرض للاستطباب والعلاج، ومن أشهرها مشفى المنصوري في القاهرة الذي اعتبر من أضخم المشافي في العالم في عصره، بالإضافة إلى العديد من المشافي الموزعة في سورية وبغداد والتي جذبت الأثرياء والنبلاء والأمراء من العالم قاطبة.

كما أن الينابيع المعدنية الحارة والتربة البركانية الغنية بالأملاح المعدنية المتواجدة في اليابان، شكلت منذ القدم عامل جذب للسياح من بلاد المجاورة للتمتع بالحمامات الكبريتية الحارة والاستشفاء من أمراض المفاصل وآلام الظهر.

وفي بداية التسعينات من القرن الماضي درجت ظاهرة سفر الطبقات الغنية في دول العالم الثالث إلى الدول المتقدمة الغنية طلبا" للعلاج والخدمات الطبية المتطورة." [١]

"وفي العقدين الماضيين اتخذت السياحة العلاجية شكلا" جديدا" تمثل بسفر الأفراد من الدول الغنية المتطورة كالولايات المتحدة الأمريكية إلى الدول الفقيرة لخدمات طبية غير متوفرة في بلد الأم أو متوفرة ولكن بتكلفة أقل وبجودة عالية. و من أولى الدول التي روجت لهذا الشكل الجديد بشكل نشيط من السياحة العلاجية كان كوبا في أواخر التسعينات معلنة شعار " شمس ورمال و جراحة " حيث اشتهرت في مجال المعالجات السنية، العمليات الطبية ، زراعة الأعضاء، و المعالجات استشفائية كالحمام المعدني . "[٢].

ومن أبرز الدول الرائدة في مجال السياحة العلاجية في عصرنا الحالي هي الهند – المكسيك – البرازيل –تايلاند– سنغافورة – الفلبين– جنوب إفريقيا – الأردن ، والاتجاه الصاعد الآخر هو دبي في الإمارات العربية المتحدة حيث يتم بناء مدينة سياحية طبية كاملة متكاملة تدعى " .“Media–City

---

[1]Goodrich, J.N. and G.E. Goodrich (1991) ‘Health-care tourism’, Managing Tourism, Oxford: Butterworth-Heinemann. in S.Medlik (ed.)pp.107-114

[2]Whittaker, A. (2008). Pleasure and Pain: Medical travel in Asia. Global Public Health, 3(3), 271-290

2-2-2 تعريف السياحة العلاجية:

يعرف (Bennet,et,al ,2004) [1] السياحة العلاجية بأنها " نشاط ممتع ومريح يدخل السرور إلى نفس السائح ويريحه من المرض والإجهاد والتعب والتوتر."

كما يراها (Henderson,2004) [2] بأنها " السفر بهدف الحصول على معالجة طبية ذات جودة عالية، وتحسين الصحة العامة سواء كان ذلك من خلال الانغماس والتلذذ بالحمامات المعدنية والعلاج البديل، أو إجراء الفحوصات الطبية العامة والخضوع للعمليات الجراحية في المشافي خارج حدود الوطن".

و يؤكد (Levett, 2005) [3] بأنها "قيام مواطني الدول الغنية بالسفر إلى الدول الفقيرة لتلقي كافة المعالجات الطبية الجراحية والسنية والاستشفائية وتحسين اللياقة العامة ، بتكلفة رخيصة وبأيدي ماهرة خبيرة"

وعلى نحو مماثل يعرف (Connell,2006) [4] السياحة العلاجية بأنها "قيام الأفراد بالسفر لمسافات بعيدة ما وراء البحار لتلقي معالجات طبية تجميلية ، والتمتع بالأماكن السياحية التقليدية الموجودة في البلد المضيف" .

كما تعرفها (Caballero & Mugomba , 2006) [5] بأنها "سفر السائح إلى خارج نطاق حدود وطنه أو مدنه أو بيئته المعتادة وذلك بهدف الترويج عن النفس وتمتع بالأماكن السياحية بالإضافة إلى تلقي المعاملة الطبية المناسبة."

وتراها (Monica, 2007) [6] بأنها "سفر الأفراد إلى الخارج للحصول على كافة الخدمات الطبية والرعاية الصحية غير متوفرة في بلد الأم أومتوفرة ولكن بكلفة عالية ".

وتعرف الباحثة السياحة العلاجية في دراستها الحالية بأنها " قدوم الأفراد من الخارج إلى سورية للمكوث فيها لفترة زمنية محددة، وتلقي كافة المعالجات الطبية التجميلية سواء كانت

---

[1] Bennett, M., B. King and L. Milner (2004) 'The health resort sector in Australia: Apositioning study', Journal of Vacation Marketing, 10 (2): 122-137.

[2] Henderson, J.C. (2004) 'Healthcare Tourism in Southeast Asia', Tourism Review International, 7 (3-4): 111-121.

[3] Levett, C. (2005). A slice of the action. Sydney Morning Herald, 29 October (2005),p 27.

[4] Connell ,J,(2006) . Medical Tourism :Sun, Sea, Sand, and Surgery. Tourism Management ,27(6):1093-1100.

[5] Caballero S.D. Mugomba C.(2006). Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities -A conceptual Framework For Entry into the Industry Dissertation of Master Degree . Goteborg University.

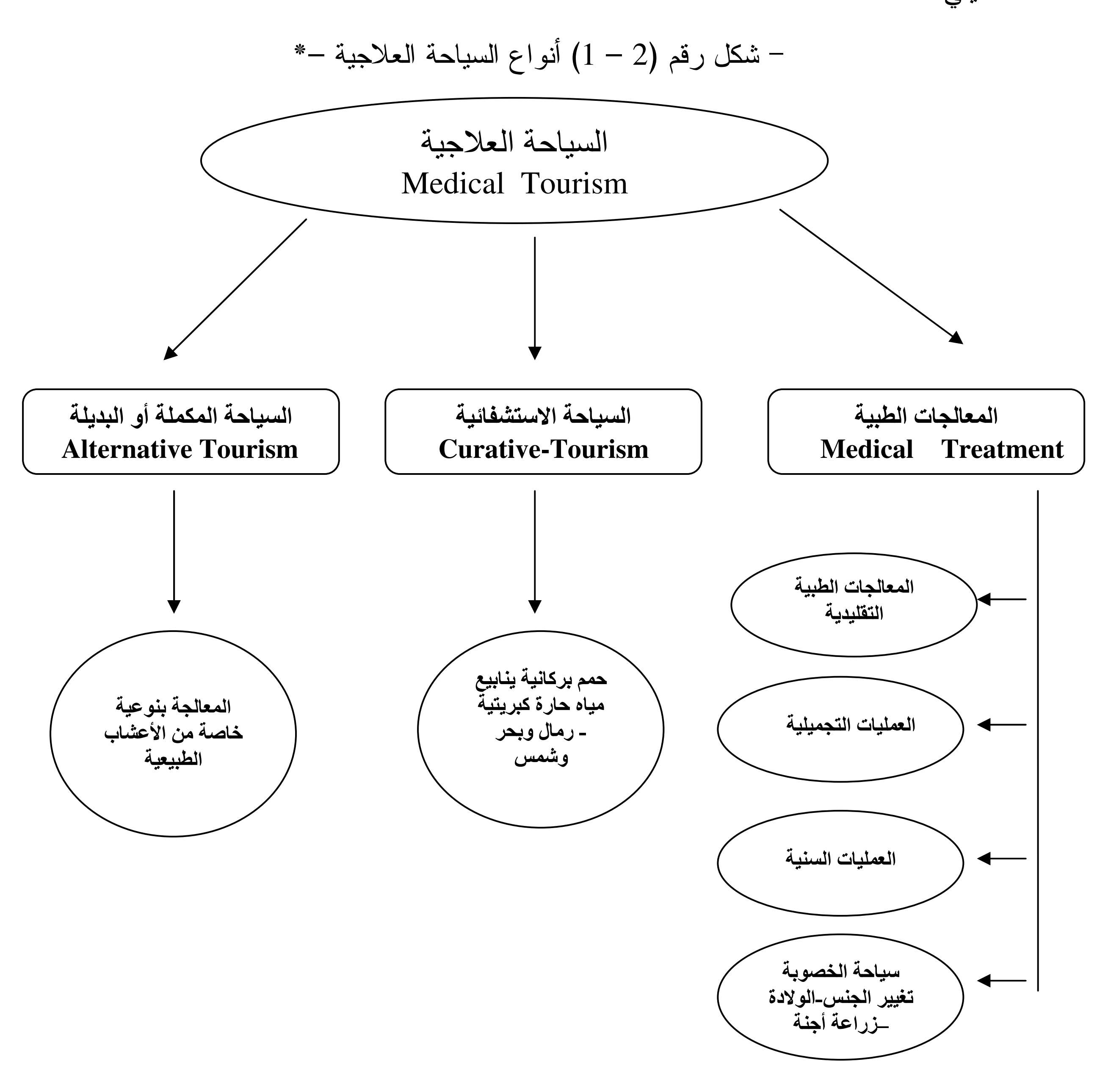
[6] Monica ,R.(2007).Hospital and Medical Tourism in Singapore .Ezine Articles ,Retrieved December 22,2007,form htt://ezinearticles.com.

سنية أوعينية أوترميمية، بالإضافة إلى الاستجمام والترويح عن الـــنفس والتمتـــع بالطبيعـــة الخلابة بصحبة الأحباء والأصدقاء."

3-2-2 أنواع السياحة العلاجية:

تصنف السياحة العلاجية إلى ثلاثة أنواع أساسية بحسب الهدف منها **(الشكل رقم (2 – 1))** كما يلي:[1]

– شكل رقم (2 – 1) أنواع السياحة العلاجية –*



* Source:(Jabarri ,2007)

[1] Jabarri , A (2007) . Medical Tourism in Iran, paper present at the First Conference of Tabriz international Health Services in Iran .

- السياحة الطبية: تهدف إلى القيام بمعالجات جراحية طبية بكلفة منخفضة نسـبيا"، وبجـودة عالية والغير متوفرة في البلد الأم أومتوفرة ولكن بكلف باهظة. كجراحة القلب المفتوح وزراعة الأعضاء وعمليات التجميلية بأنواعها...الخ. وتعتمد السياحة الطبية بالدرجة الأولى على تـوفر مراكز ومستشفيات حديثة مجهزة بأحدث التقنيات، وكوادر طبية خبيرة ذو كفاءة عاليـة.(وهـو النمط الذي ركزت عليه الباحثة في دراستها.)
- السياحة الاستشفائية : تعتمد على العناصر الطبيعية في علاج المرضى وشفائهم مثل الينابيع المعدنية والكبريتية الحارة بغرض الاستشفاء من بعض الأمراض الجلدية والروماتيزمية.
- السياحة المكملة أو البديلة:وتعتمد على المعالجات بالأعشاب أو الوسائل الطبيعية الأخـرى لبعض الأمراض التي فشلت المعالجات التقليدية في علاجها، على سبيل المثـال تقـديم حميـة خاصة بالأعشاب لمرضى السرطان بدلا"من المعالجات الكيميائية التقليدية.

– كما بالإمكان تصنيف السياح الطبيين إلى نمطين أساسيين:[1]

- الطبقة الثرية والنخبة:وهي فئة الأقلية التي تسافر إلى الخارج طلبا" للرعاية والعناية الطبيـة المتميزة بدون اعتبار لعامل الكلفة،حيث تركز على جودة الخدمة المقدمة بالدرجـة الأولـى ومدى تمتعها بالرفاهية والبذخ.
- الطبقة المتوسطة : وهي تشكل الغالبية العظمى من السياح والتي تضع في اعتباراتها عوامل الكلفة بالإضافة إلى الجودة.

2-2- 4 أهمية السياحة العلاجية:

تنبع أهمية السياحة العلاجية من كونها صناعة قائمة بذاتها لها مدخلاتها ومخرجاتها الأمـر الذي يجعلها مصدرا" رئيسيا" للدخل في عدد كبير من دول العالم، كما يتميز المـردود المـادي لصناعة السياحة العلاجية عن غيره من المردودات السياحية بأنه مـردود متفـرع ومتشـعب، وتستفيد منه مختلف النشاطات السياحية الأخرى سواء البيئية أوالترفيهية أو الثقافية أو غيرها من النشاطات.

وتؤدي السياحة العلاجية إلى تحقيق الرخاء الاقتصادي عن طريق تنمية المنتجات المحلية ، وتطويرها لمقابلة الطلب الواقع عليها، و خلق فرص عمل لليد العاملة المحلية ، وتطوير قدراتها ومهاراتها من خلال نقل المعرفة إلى البلد المضيف، والاحتكاك بالكوادر البشرية الأجنبية العاملة في المجال السياحي، كما تسهم في زيادة الدخل القومي ورفد ميـزان المـدفوعات بـالعملات

[1]Chee ,(2007)Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare. Working Paper. Singapore: Asia Research Institute, Series No. 83 2007

الأجنبية الصعبة، "حيث تشير الإحصاءات إلى أن عوائد النقد الأجنبي المتحصل عليها بسبب السياحة العلاجية على المستوى العالمي تتجاوز العوائد المتحصل عليها من المصادر الأخرى كالمنتجات البترولية، والسيارات، وأدوات الاتصال، والتقنية.........ألخ. فمن المتوقع أن يبلغ عائد الهند من السياحة الطبية من الموطنين الأمريكيين و حدها 2.3 بليون دولار أمريكي بحلول 2012 "[١]

ويرى (Pollock & Williams, 2000)[٢] أن قطاع السياحة العلاجية ذات طابع إنساني يتداخل فيه إنتاج الخدمات السياحية مع الخدمات الطبية ، ويسهم في تحسين البنية التحتية للبلدان النامية ورفع مستوى الرعاية الصحية العامة ،وخلق فرص العمل تؤدي إلى استقرار الأيدي العاملة في مناطق السياحية الطبية .

كما يؤكد (Bookman,2007)[٣] أن للسياحة العلاجية دور كبير في النهوض بالتنمية الاقتصادية الشاملة في البلدان النامية، فهي تحرك كافة مفاصل الاقتصاد، وذات أثر في كافة نواحي الحياة ، تعمل على إعادة توزيع الدخل القومي الفعلي ، تنمية موارد الدولة ، تخفيض العجز المالي والحصول على القطع الأجنبي، تحسين مستوى الرعاية الصحية ورفع مقاييس جودة الخدمة الطبية .

وترى (Smith ,2008) [٤] أن السياحة العلاجية ذات آثار متعددة على التكوين الاقتصادي و الاجتماعي في البلدان النامية المضيفة ،كما تساعد على وقف استنزاف العقول الطبية إلى الخارج، ورفع مقاييس الرعاية الصحية ، وزيادة الدخل القومي.

ويبين (Cook, et al ,2008)[٥] أن قطاع السياحة العلاجية متعدد الجوانب ، تتناثر مكوناته ، وتتوزع مسؤولياته ومقومات نجاحه بين عدد كبير من القطاعات التي يلعب القطاع الخاص دورا" هاما" فيها، وهو من أكثر القطاعات المستفيدة من تطور التقني والتكنولوجي في مجال الاتصالات والتقنية وله فوائد متعددة متمثلة بزيادة الدخل القومي و تحسين المستوى العام للمعيشة .

---

[1]Press Trust of India (PTI) (2005) ‘Medical tourism in India may be worth US$2.3billion by 2012’, India Daily, 2 February, URL (consulted 26 August 2005): http://www.indiadaily.com/editorial/02-02a-05.asp.

[2] Pollock, A. and P. Williams (2000) ‘Health Tourism Trends: Closing the Gap between Health Care and Tourism’, pp.165-73 in W.C. Gartner and D.W. Lime (eds. Wallingford: CABI Publishing. Australia, December 2005 ,pp. 73-165.

[3] Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). Medical Tourism in Developing Countries. New York:Palgrave Macmillan.p177

[4] Smith, K, (2008). op cite. pp1-8

[5]Cook, Peta S. (2008) What is health and medical tourism? In: The annual conference of the Australian Sociological Association, 2 to 5 December 2008, The University of Melbourne, Victoria

وترى الباحثة أننا في أمس الحاجة للاستثمار في قطاع السياحة العلاجية في سوريا لما له من دور هام على كافة الأصعدة منها:

- تحقيق سياحة دائمة على مدار الفصول، بدلا" من سياحة الموسمية التي تقتصر على فترة محددة من السنة.
- تنشيط الحركة الاقتصادية والسياحية في البلد، بالإضافة تفعيل الأنواع الأخرى من السياحة كسياحة المعارض، سياحة المهرجانات ، سياحة تسوق.
- إدخال تحسينات على البنى الأساسية وتحسين مستوى الرعاية الصحية والارتقاء بجودة الخدمات الطبية والفندقية.
- تنمية المناطق النائية اجتماعياً وثقافياً واقتصادياً، وخلق فرص عمل لتشغيل اليد العاملة فيها
- إحياء الصناعات التقليدية والتراث الشعبي وتجديد الآثار التاريخية التي تكون محل اهتمام السياح وعامل جاذب لهم .
  - زيادة الدخل القومي وجذب رؤوس الأموال والكفاءات العلمية من الخارج.

5 -2-2 أسباب ازدهار السياحة العلاجية:

تعددت الآراء والدراسات التي بحثت في أسباب نمو سوق السياحة العلاجية في البلدان النامية ويمكن عرضها كما يلي:

رأى (Neelankantan, 2003)[1] أن عامل التكلفة هو المؤثر الأساسي في نمو سوق السياحة العلاجية في البلدان النامية، حيث أن فارق الكلفة الكبير للمعالجات الطبية بين الدول الآسيوية من جهة، والدول الأوربية والأمريكية من جهة أخرى هو العامل الرئيسي لتطور سوق السياحة العلاجية، وقد سيطرت الهند على جزء كبير من السوق حيث أن تكلفة العمليات في الهند هي أقل بحوالي النصف عما هو في أوربا.

وأكد (Graham , 2005)[2] أن عامل الكلفة ليس العامل الوحيد فقوائم الانتظار الطويلة للعمليات الجراحية الطبية في البلدان المتقدمة، هي المسبب الأساسي لسفر مواطني الدول المتقدمة إلى البلدان النامية لإجراء العمليات الجراحية المعقدة كعمليات القلب المفتوح ، وبناء مفصل ركبة....الخ ، بالإضافة إلى عامل آخر هو عامل الخصوصية والسرية بالنسبة لبعض العمليات الجراحية مثل تغيير الجنس، فعلى الرغم من أنها لا تزال تحتل حيزاً ضئيلاً من

[1] Neelankantan,S,(2003),India,s global ambition Far Eastern Economic .Review.6, November (2003).

[2] Graham, K. (2005). It was a big leap of faith. Guardian, 21 June, 8–9.

السياحة الطبية إلا أنه جزء لا يستهان به. وكذلك بالنسبة للعمليات الممنوعة في بعض البلـــدان الأوربية كعمليات الإجهاض، حيث تتم بلا أية قيود قانونية في بعض دول أمريكا اللاتينية.

و رأى.(Forbes, 2007)[1] أن من أهم أسباب ازدهار السياحة العلاجية هو التطور الطبـــي التقني والتكنولوجي الكبير الذي طرأ على القطاع الطبي في البلدان الرائدة في مجـــال الســـياحة العلاجية كالهند، تايلاند، سنغافورة، وبعض دول أمريكية اللاتينية، حيث أنشئت فيهـــا مشـــافي خاصة في مناطق سياحية ذو طبيعة خلابة، متخصصة باستقبال السياح الطبيين مـــن الخـــارج، مجهزة بأفضل التقنيات وبكوادر طبية عالية المهارة والخبرة ، وتقدم هذه المشافي خدمة طبيـــة عالية المستوى للمرضى من رعاية طبية متميزة، واهتمام شخصي، ودعـــم حـــق الاستفســـار وسهولة إجراءات التسجيل، واستقبال المريض بحفاوة، وتزويد المريض ومرافقيه بكافة متطلبات الرفاهية والراحة .

وعلى نحو مماثل أكد (Jabberi, 2007)[2] أن من أهم الأسباب التي تدفع المـــواطنين فـــي الدول المتطورة للسفر للخارج للعلاج هي:ارتفاع كلفة العلاج في الوطن الأم، عدم توفر تـــأمين للعديد من المواطنين، الانتظار طويل المدى لبعض الجراحات الضرورية ، العمليات الجراحيـــة المتطورة والمذهلة التي تتم في بعض الدول الأسيوية وبكلفة مقبولة، العولمة وعـــالم الانترنـــت الذي حول العالم إلى قرية صغيرة ، طرق الطب الطبيعي أو البديل التي جـــذبت العديـــد مـــن مواطني أوربا وأمريكا إلى البلدان الآسيوية كالهند.

أما (Smith,2008)[3] فأكدت أن الأزمات المالية الأسيوية في أواخر التسعينات لعبت دورا" كبيرا" في دفع حكومات تلك الدول للبحث عن منافذ للخروج مـــن الأزمـــة، فقامـــت بتشـــجيع الاستثمار في مجال السياحة العلاجية من خلال تقديم مغريات متنوعة لأصحاب رؤوس الأموال لحفزهم على قيام بمشاريع استثمارية سياحية في مجال السياحة العلاجية، على ســـبيل المثـــال تقديم أراضي مجانية أو بأسعار رمزية، إعفاءات ضريبية، تخفيضات على الرسوم الجمركيـــة، قروض منخفضة الفائدة من بنوك القطاع العام. مما ساعد على النهوض بالسياحة العلاجية فـــي تلك الدول. ومن جهة أخرى، بعد الكساد الآسيوي لم يعد في إمكان الطبقة الثرية الأسيوية التـــي

---

[1] Forbes S. (2007).Open-heart surgery—90% off! Forbes. August 13, 2007. http://members.forbes.com/forbes/2007/0813/021.html. Accessed September3, 2008

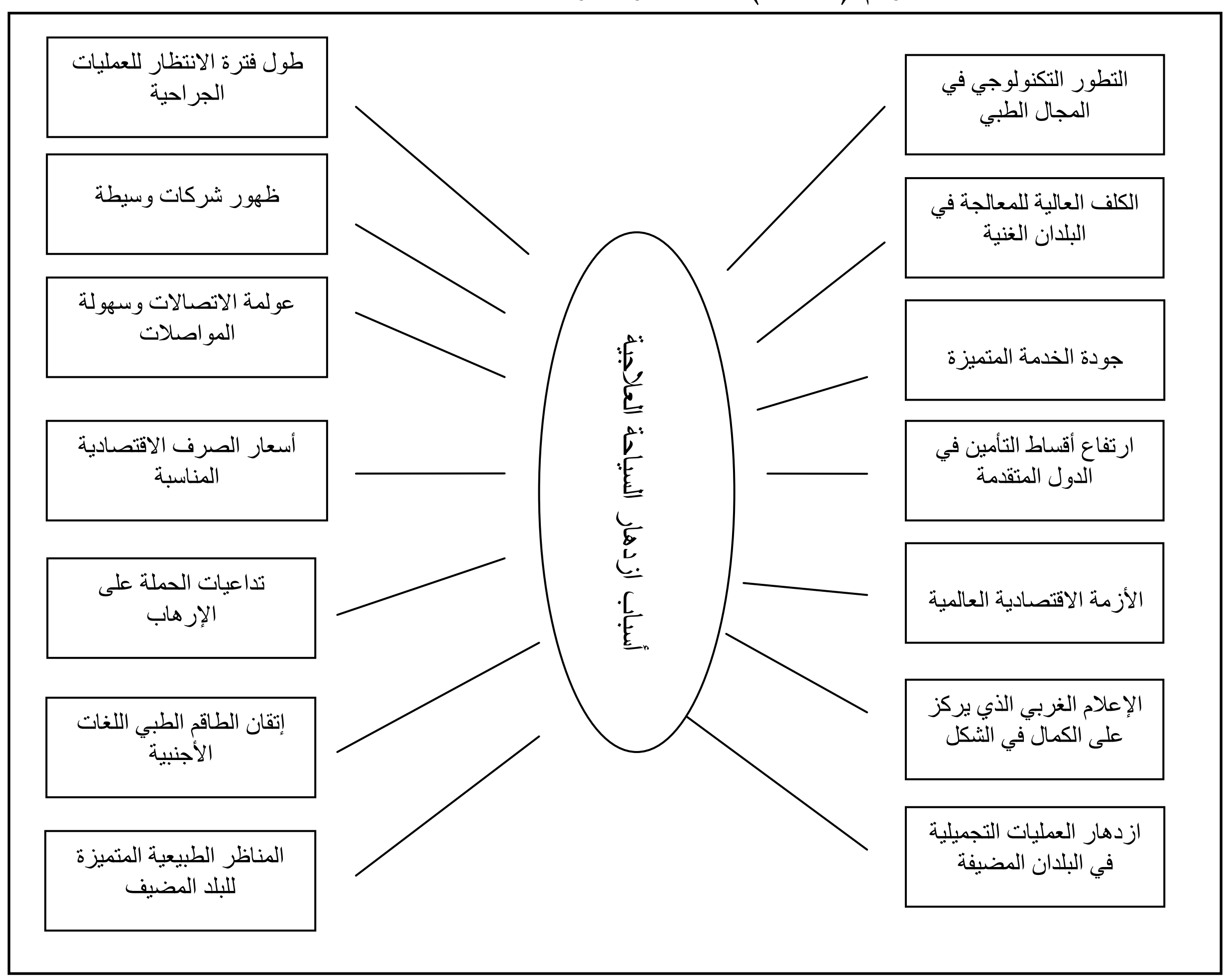
[2] Jabarri , A (2007) . op cite. P4

[3] Smith, K, (2008), Medical Tourism: For Richer or Poorer, Paper presented at Ownership & Appropriation, a joint conference of the ASA, , 8th - 12th December 2008, University of Auckland, New Zealand.pp1-8.

كانت تسافر في الماضي إلى الولايات المتحدة الأمريكية للعلاج على تحمل التكاليف الطبية الباهظة، واتجهت إلى الدول المجاورة كتايلاند للحصول على رعاية صحية بتكلفة أقل.

كما لعبت أحداث الحادي عشر من أيلول والحملة الأمريكية على الإرهاب، دوراً في إحجام الأثرياء العرب عن السفر إلى أمريكا وأوربا، والتوجه نحو الدول الآسيوية كالهند وماليزيا للتمتع برعاية صحية متميزة ورخيصة .

– شكل رقم (2 – 2) أسباب ازدهار السياحة العلاجية –*



* المصدر:من إعداد الباحثة

وترى الباحثة أنه من خلال استعراض الدراسات والآراء السابقة يمكن حصر أسباب ازدهار السياحة العلاجية في بعض الدول النامية فيما يلي (الشكل (2 – 2)):

- القفزة التكنولوجية والتقنية الكبيرة في المجال الطبي ، بالإضافة إلى تطور البنى الأساسية للسياحة العلاجية في البلدان المضيفة.
- الكلف العالية للمعالجة التجميلية، قوائم الانتظار الطويلة للعمليات الجراحية، ارتفاع أقساط التأمين في الدول الأوربية والأمريكية.

- التطور الكبير في مجال الاتصالات وسهولة السفر الجوي الدولي ورخص كلفته نسبيا"، انتشار الانترنت وسهولة تسعير الخدمات من خلالــه، أســعار الصــرف الاقتصــادية المناسبة.
- عولمة الخدمات الطبية، ونشوء شركات جديدة وسيطة تقوم بالتنسيق بين السياح الطبيين وإدارات المشافي في البلدان المضيفة.
- تطور الإعلام وخصخصة قطاع الرعاية الصحية في البلدان المضيفة، بالإضــافة إلــى ازدهار عمليات الجراحة التجميلية والتي لايشملها التأمين الصحي في الدول الغنية .
- الأزمة الاقتصادية والحملة الأمريكية على الإرهاب.

6-2-2 مقومات السياحة العلاجية الناجحة:

قامت دراسة (Caballero & Mugomba , 2006)[1] برسم خريطة لتحقيق استثمار فعال في سوق السياحة العلاجية، من خلال وضع مجموعة من الأسس والمقومات تساعد علــى إنشــاء قاعدة متينة لبناء سياحة علاجية ناجحة.

فمن أجل دخول سوق السياحة العلاجية بأسلوب منضبط ومتوازن ومستديم ومجدٍ اقتصاديًا، مع الأخذ في الاعتبار التأثير الإيجابي على التراث الثقافي، والعادات والتقاليــد، يجــب إتبــاع الخطوات التالية:

- تحديد مسؤوليات الجهات المختلفة ذات العلاقة بتنمية السياحة العلاجيــة والقطاعــات الخدمية المساندة لها، ومراجعتها وتطويرها.
- بحث وسائل تهيئة البيئة الاستثمارية الملائمة، وتحسين الجدوى الاقتصــادية لتحفيــز إسهامه. بما في ذلك مراجعة الأنظمة والقوانين الخاصة بالاستثمار في قطاع السياحة.
- رصد الفرص المتاحة للاستثمار في سوق السياحة العلاجيــة، والإمكانــات المتــوفرة الراهنة والمتوقعة، عبر دراسات جزئية مفصلة لجوانب الطلب والعرض.
- تطوير الكوادر البشرية وتتضمن رصد مقومات الإمكانات البشرية المتخصصــة فــي صناعة الضيافة ومدى توفرها وإمكانية تأهيلها، بالإضافة إلى تأمين كوادر طبية مدربة وذات كفاءة عالية لتقديم خدمات طبية متميزة للسياح.
- إيجاد البنية الأساسية الداعمة للسياحة العلاجية من مشافي فخمة مجهزة بأحدث التقنيات وبكوادر بشرية ذات كفاءات طبية عالية المستوى ،تقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية وفق المقاييس العالمية. بالإضافة إلى الفنادق المزودة بكافة متطلبات الرفاهية والراحــة، مطاعم ،وسائل الاتصال والمواصلات، شركات وسيطة ..

[1] Caballero S.D. Mugomba C.(2006). op cite. P12

- تقويم وسائل السلامة والأمن المتعلقة بالسائح، فضلاً عن الأمور الإدارية المتعلقة بتقديم تسهيلات الدخول والخروج .
- تفعيل الإعلام لإيجاد فهم داعم للسياحة العلاجية وتحقيق حسن الضيافة والترحيب بالسياح ومرافقيهم.

7-2-2 المآخذ على السياحة العلاجية:

إن للسياحة العلاجية دور هام في تحقيق الرخاء الاقتصادي، إلا أنها لاتخلو من العراقيل التي تنعكس سلبا" على كلاً من البلد المصدر للسياحة العلاجية والبلد المضيف.

حيث يرى (Singer, 2007)[1] أنه بالرغم من أن السياحة العلاجية قد جذبت اهتمام الباحثين والمسؤولين، إلا أنها تحمل بين طياتها العديد من المساوئ ، فالعناية الطبية الرخيصة نسبياً ليست مضمونة فهناك مخاطر حدوث مضاعفات طبية بعد الجراحة والتي من الصعب متابعتها بعد عودة المريض إلى بلده الأم، كما أنه لا تتوفر قوانين وتشريعات في البلد المضيف تحمي السياح عند حدوث الأخطاء الطبية ، فمن الاستحالة معاقبة الطبيب المسيء في حالة حدوث سوء تصرف طبي.

كما تضيف (Smith ,2008) [2] أنه على الرغم من مساهمة السياحة العلاجية في زيادة الدخل القومي إلا أن لها سلبيات كثيرة منها :

1- إن الخدمات الطبية العالية الجودة موجهة للسياح الطبيين الأجانب وللطبقة المحلية الثرية، بينما تعاني الطبقة الفقيرة من السكان المحليين من نقص الرعاية الصحية ،نتيجة هجرة الكفاءات العلمية الطبية من القطاع العام إلى القطاع الخاص، وانكباب الأطباء على التخصصات المربحة كالجراحات التجميلية وهجرة التخصصات الأخرى.

2- انتشار تجارة الأعضاء كبيع كلى أو تأجير أرحام، فحلم مواطن في الدول المتقدمة بطفل يتحقق من خلال تأجير رحم رخيص في بلد نامي كالهند، وهو حل أرخص بكثير من علاج العقم في العالم المتطور، مما يؤكد تأثير عولمة الطب السلبي على التفرقة العنصرية حيث يستفيد مريض ثري على حساب أناس بسطاء فقراء.

3- النفايات الطبية حيث تولد المشافي قرابة مليون طن من النفايات كل سنة، فالسرير الواحد في المشافي المختصة بالسياحة العلاجية في الهند يطرح قرابة كيلوغرام واحد من النفايات الطبية

---

[1] Singer, p, M (2007) .Medical Malpractice Overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism,Law and Contemporary Problems. Vol. 70 .pp211-232. http://law.duke.edu/journals/lcp

[2] Smith, K, (2008). op cite. pp1-8

يوميا" إلى خارج المشفى 15% منها معدي – 5% خطر للغاية ، ولا يتم تقــديم أي توعيــة أو وقاية للسكان المحليين من التهديدات التي تحدق بهم نتيجة سكنهم بالقرب من مواقــع النفايــات الطبية.

4- انتشار ظاهرة هجرة الكوادر الطبية من البلدان الأكثر فقرا" إلى البلدان المتطورة في مجــال السياحة العلاجية في دول آسيا، بالإضافة إلى الهجرة الداخلية من القطاع العــام إلـــى القطــاع الخاص.

وترى الباحثة أن المآخذ السابقة لا تقلل من أهمية السياحة العلاجية ودورها فـــي تحريــك عجلة التطور والتقدم، وتحسين مستوى المعيشة للسكان المحليين في البلد المضيف، وتحقيق الرفاه والرخاء، ففرص العمل التي تولدها السياحة العلاجية تساعد على امتصـــاص البطالـــة وتمكن الفقراء من تأمين النفقات الضرورية للحصول على رعاية طبية جيدة. كما في الإمكان تأمين كوادر طبية متخصصة لمعالجة النفايات الطبية والتخلص منها بطريقة أمنة بعيدا" عــن الأماكن السكنية، بالإضافة إلى سن قوانين وتشريعات صارمة للتقليل من الأخطاء الطبية ومنع وقوعها.

2-3 تجارب بعض الدول الرائدة في مجال السياحة العلاجية:

لقد نجحت العديد من الدول في دخول سوق السياحة العلاجية بفعالية نذكر منها:

2-3-1 الهند:

"تعتبر الهند عاصمة السياحة العلاجية في العالم بلا منازع ، و لديها إمكانيات استقبال أكثر من مليون سائح في مجال السياحة العلاجية سنوياً، حيث ترفد السياحة العلاجية خزينة الاقتصاد الهندي سنوياً بمليارات الدولارات، وتتحمس دول مثل الهند وتايلاند وسنغافورة وماليزيا والفلبين للدخول في مجال السياحة العلاجية بعد نجاحهم في استقطاب الزائرين في مجال السياحة البيئية وسياحة التراث والسياحة الطبيعة."[1]

"وقد عالجت مستشفيات أبوللو وحدها عدد كبير من المرضى الأجانب، العديــد مــنهم مــن أصول هندية، فهي قد أصبحت مغناطيسا للمرضى الأجانب الذين ملوا الطوابير الطويلة أو أنهم يريدون علاجا نوعيا من دون دفع مبالغ كبيرة. إذ حققت الهند معايير دولية عالية في عمليــات معقدة مثل عمليات التجميل. وبكلفة رخيصة نسبيا" ،ويمكن تحويل فرق الكلفة، لتغطية تكــاليف النقاهة والسفر الجوي والأكل الشهي وزيارة الأماكن الأثرية.

[1] الزواوي ، محمد ، (2004) : 5 مليارات دولار يمكن ضخها في اقتصاد الهند مستقبل السياحة العلاجية في أسيا ، مجلة الجزيرة ، الثلاثاء 26 تشرين الأول ، 2004، العدد 104.

و يمكن إجراء في الهند كل عمليات التجميل من زرع الشعر إلى ضغط الآذان الناتئة وتعديل الأنف وشد الوجه وتجميل الأجفان وتقليص الشفاه وعمليات الأثداء المختلفة وشفط الدهون، كذلك يأتي السياح لعمليات غير جراحية مثل الحقن بمادة البوتوكس والتقشير الكيميائي وإزالة الشعر بواسطة الليزر،وقد زاد سوق هذه العمليات بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة. "(١)

و يمكن حصر أهم المقومات للسياحة العلاجية في الهند فيما يلي :

- آثارها الرائعة ومناظرها الطبيعية الخلابة وثقافتها الغنية المتنوعة .
- البناء الهيكلي الجديد للسياحة العلاجية الذي يشمل على مستشفيات وخطوط طيران وحكومات ومسؤولي سياحة ومتخصصين في تأجير السيارات لعرض صفقات متكاملة على السائحين يمكن أن تشمل التكاليف الطبية ومصاريف الفنادق ورحلات الطيران والسيارات التي تقلهم من المطار والتجول بهم في أشهر المناطق السياحية.
- وجود عدد كبير من المتحدثين باللغة الإنجليزية، إضافة إلى الأطباء المتخصصين المؤهلين، إلى جانب الخيارات السياحية التقليدية المتنوعة الأخرى.
- تمتاز الهند بالمرافق الصحية بخمس نجوم وأطباء ذوي خبرة طويلة مع تكاليف مخفضة. وبشكل عام تصل تكاليف عمليات التجميل الجراحية في الهند إلى 50% أرخص من تكاليفها في بلدان أخرى. وتصل أسعار العلاج في الغرب عشرة أضعاف تكاليفها في الهند.
- عكس هجرة الأدمغة حيث شركات الرعاية الصحية تهتم بتعيين أطباء هنود، ومساعدين وممرضين كانوا يعملون في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا.

2-3-2 تركيا (٢):

ازدهرت السياحة العلاجية في تركيا في الآونة الأخيرة ، وازداد عدد السياح العرب القادمين إليها بصورة ملحوظة، حيث تستقطب المدن التركية اسطنبول ويالوهو بورصة وبحيرة أبنط وحمام كزيلجه السياح الخليجيين بالدرجة الأولى، الذين يفضلون أسلوب السياحة المحافظة التي تحترم الثقافة الإسلامية.

وتهدف تركيا إلى استقطاب المزيد من السياح بهدف العلاج للاستحواذ على حصة مناسبة من تدفقات السياحة العلاجية حول العالم، وخصوصا من دول الخليج التي تمثل سوقا واسعا وضخما بالمقارنة بدول منطقة الشرق الأوسط.وتمتلك تركيا عدداً كبيراً من المناطق

---

[1] Press Trust of India (PTI) (2005). op cite.

[٢] مجلة القبس،الثلاثاء 6 جمادى الآخرة 1429 ه -10- يونيو– 2008 السنة– 37 العدد12583.,ص 64

المخصصة للسياحة الالستشفائية من آبار ومياه معدنية طبيعية ومصحات ومراكز صحية متخصصة.

و قد قامت بعض المراكز الصحية في تنظيم جولات تعريفية وتسويقية وترويجية تتضمن المشاركة في معارض ومؤتمرات السياحية تنظمها دول المنطقة وذلك لاستقطاب السياح العرب، كما افتتحت الحكومة التركية عددا" من المكاتب الترويجية في كل من السعودية وبلغاريا وباكستان والهند.

وتملك تركيا العديد من المقومات الأساسية للقيام بسياحة علاجية ناجحة من توفر معايير التقنية الفائقة في كافة الأقسام الطبية على اختلاف أنواعها بما في ذلك طب الجراحات التقويمية، التجميل، زرع الشعر، جراحة العين، أطفال الأنبوب، عمليات القلب المفتوح، الأمراض الجلدية، أمراض السرطان، السكري، الشرايين، وجراحة الدماغ .....الخ. والقيام بالعمليات الجراحية وفق مقاييس الجودة العالمية وبأسعار منخفضة نسبيا".

كما تمتاز تركيا أيضاً بتوافر فنادق فخمة وبأسعار منافسة بالقرب من مراكز الاستشفاء ، تستقبل المرضى وعائلاتهم ، وتقدم لهم كافة الخدمات السياحية والتي تشمل زيارة الآثار والمناطق التاريخية ومناطق الاستجمام والمنتجعات السياحية الترفيهية.

3-3-2 الأردن [1]:

يعتبر الأردن مركزًا طبيًا متقدمًا في مجال الخدمات الطبية والعلاجية ، فبالإضافة إلى الاستشفاء الطبيعي بالمياه المعدنية وشلالات المياه الساخنة والطين البركاني في كل من البحر الميت، حمامات ماعين ،الحمة الأردنية، حمامات عفرا، تتميز المملكة بوفرة المستشفيات المتقدمة، والأطباء المرموقين والمعروفين على مستوى عالمي المتخصصين في معالجة السرطان، وأمراض القلب، وأمراض العيون، والعقم ، وطب الأسرة .....الخ. وتعد مدينة الحسين الطبية من أهم المراكز الطبية في المنطقة و العالم ، حيث تحتضن عدداً من كبار الأطباء والجراحين المرموقين على المستوى الدولي. وتستقبل المرضى من كافة الجنسيات العربية وبعض الجنسيات الغربية.

ويمتاز الأردن بتوافر كافة مقومات السياحة العلاجية الناجحة من وجود نظام مؤسسي ذا مرجعية واحدة كفؤة ومؤهلة وقادرة على الإشراف والمراقبة ووضع التعليمات لهذا العمل المؤسسي، توفر التجهيزات الطبية الحديثة ذات التقنية العالية في المستشفيات تضاهي مثيلاتها في الدول الأوروبية وأميركا، انخفاض كلفة المعالجة مقارنة مع الأجور في الدول المجاورة

---

[1] الدليل الطبي الأردني الالكتروني – السياحة العلاجية **www.j-mid.comltm-tm.php**

والدول الأوروبية وانخفاض تكاليف الإقامة والسفر، توفير الخدمات السياحية والفندقية ووجود إجراءات الاستقبال والتنقل والسفر للمرضى والمرافقين خلال فترة العلاج وكذلك فترة ما بعد العلاج النقاهة، بالإضافة إلى توفر أطباء في كافة المجالات من ذوي الاختصاصات الطبية والكفاءات على المستويين المحلي والدولي.

2-3- 4 واقع وآفاق السياحة العلاجية في سورية:[1]

تطمح سورية لأن تصبح رائدة في مجال السياحة العلاجية ، وهو ما يترافق مع التطور الطبي والتكاليف المناسبة للعلاج في سورية، والتي تشكل عاملاً مهماً لاستقطاب المرضى من دول العالم للمعالجة والاستجمام، حيث أن معظم المغتربين السوريين سواء في دول الخليج أوأوروبا أوأمريكا أو قبرص يقصدون سورية في الصيف للعلاج لرخص التكاليف ومهارة الأطباء. حيث ساهمت تكلفة العلاج المنخفضة في سورية مقارنة بأوروبا إلى حد كبير في استقطاب السياح المرضى.

وتمتلك سورية كافة المقومات التي تؤهلها لإقامة مقصد سياحي علاجي ناجح في المستقبل، من مناخ معتدل وطبيعة متميزة وأماكن تاريخية عريقة ومجمعات تجارية ومراكز ترفيهية ، بالإضافة إلى توفر ينابيع مياه كبريتية حارة منها حمامات الشيخ عيسى وحمامات أبو رباح وحمام الملكة زنوبيا ونبع أفقا ونبع الدريكيش وبقين إضافة إلى الشواطئ السورية. كما يوجد عدد كبير من المشافي الخاصة والتعليمية مجهزة بأحدث التجهيزات، ومئات العيادات المتخصصة بأنواع محددة من الأمراض المستعصية والمزمنة أو التجميل والتنحيف بإشراف أطباء متخصصون ومهرة ومشهود لهم بالكفاءة العالية والجودة.

ولكن السياحة العلاجية بواقعها الحالي، مازالت في مهدها وخطواتها خجولة ومتعثرة ، فهي مقتصرة على نطاق العمليات التجميلية والمعالجات السنية، كما أنها موسمية وقاصرة على الجهود الفردية للأطباء لجذب أكبر عدد ممكن من المرضى من الخارج .

وتعاني السياحة العلاجية في سورية من القصور في عدد كبير من النواحي لأسباب عديدة:

- الافتقاد إلى التخطيط الاستراتيجي للتنمية السياحية ، وتعدد الجهات التي تصدر القرارات فيما يتعلق بالنشاطات والتسهيلات السياحية وغياب التنسيق فيما بينها.
- انعدام التنسيق بين الفنادق والمنتجعات والمشافي، لتقديم خدمات سياحية حقيقية وميسرة للمرضى ومرافقيهم،.وغياب دور وكلات سفر في تقديم رزمة خدمات متكاملة للمرضى

---
[1] من إعداد الباحثة

الطبيين من المطار إلى المشفى، والسهر على خدمتهم ومتابعتهم خلال تنقلهم في الأماكن السياحية والثقافية والترفيهية.

○ إهمال الجانب الفندقي للمشافي، كما أن الكادر التمريضي والإداري بحاجة إلى إعادة تأهيل وتدريب. وعدم توفر قوانين وتشريعات مشجعة على الاستثمار في قطاع السياحة العلاجية بصورة فعالة.فأماكن السياحة الاستشفائية مهملة بشكل كامل.

○ ضآلة النمو في الوعي السياحي في المجتمع المحلي ، وعدم العناية الكافية بتدريب وإعداد العاملين في مجال صناعة الضيافة.

الفصل الثالث : جودة الخدمات

3- 1 مفهوم جودة الخدمة

3- 2 أبعاد جودة الخدمة

3- 3 قياس جودة الخدمة

3- 4 إدارة الجودة الشاملة

جودة الخدمات

مقدمة :

أصبحت الخدمات اليوم تمارس دوراً حيوياً في تنمية اقتصاديات العديد من المجتمعات والدول ، مما حفزها على تشجيع الاستثمارات في المجالات الخدمية المختلفة، وانتهاج فكر جديد يتلاءم مع طبيعة الخدمات وخصائصها المميزة. وبدأت المؤسسات في الكثير من تلك الدول تتسابق وتتنافس في سبيل تنمية وتطوير الخدمات التي تقدمها.

و يعد الارتقاء بجودة الخدمة هو الضمان الرئيسي لتحقيق الامتياز لهذه الخدمات، ومن ثم زيادة مستوى رضا العملاء وزيادة الربحية للمنظمة.

فتقديم خدمة تصل إلى درجة عالية من التميز في الأداء يعد مثالا" يبغى الجميع الوصول إليه وتحقيقه ، وتقوم منظمات الخدمية باستخدام العديد من الأساليب و الأدوات التي تمتلكها لتحسين مستوى جودة خدماتها و التي يقصد من ورائها توفير الخدمات التي تشبع الرغبات الكاملة لزبائنها وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم و احتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة.

وبالتالي ستقوم الباحثة في هذا الفصل بتسليط الضوء على كافة الموضوعات المتعلقة بجودة الخدمة من حيث مفهومها ، أهميتها ، أبعادها ،أساليب تحسينها و طرق قياسها وذلك من خلال إسقاطها على الناحيتين الفندقية والطبية.

1-3 مفهوم جودة الخدمة :

1-1-3 مفهوم الجودة Concept of Quality :

قد اختلفت تعاريف الجودة باختلاف استخدامها والجهة التي تعبر عنها. حيث يرى(Jiang ,2000)[1] أن مصطلح الجودة يعبر عن الهيئة والخصائص الكلية للمنتج (خدمة أوسلعة) و التي توضح وتعكس قدرة هذا المنتج على إشباع حاجات صريحة Explicit و أخرى ضمنية Implicit .

---

[1] Jiang,et al,(2000) "A Note on SERVQUAL Reliability and Validity in Information System Service Quality Measurement", Decision Sciences, 2000, 31, 3, 725-744.

كما يؤكد (Lawrence & Mcollough, 2001)[1]أن الجودة تتطلب العمــل علــى تحقيــق توقعات الزبائن المستفيدين من حيث الأداء المتميز و المواصفات المتميزة والدقة والإتقان وتقديم الخدمة أو السلعة في الوقت المناسب و بالتكلفة المناسبة .

أما (Beer,2003) [2] فيرى أن الجودة تتمثل في أن خصائص أو بعض خصائص المنتج (خدمة أو سلعة) ممتازة عند مقارنتها مع المعايير الموضوعة من منظور المؤسسة أو منظــور المستفيد / الزبون .

و على نحو مماثل عرفها(الزيات و السعودي ،2007) [3] بأنها الدرجة التــي يتحقــق عنــدها الإشباع الكلي لرغبات وتوقعات الزبائن ، من خلال تقديم منتوج أو خدمة أفضل .

أما (Hillmer ,2007) [4] فيعبر عن الجودة بأنها تقديم منتج (سلعة / خدمة) ملائمة للاســتخدام ،و تحقق رضا وسعادة هؤلاء الزبائن مع ضرورة وضع معايير مسبقة تكفل تحقيق التميز فــي هذا المنتج .

وترى الباحثة على أن جميع التعاريف السابقة تتفق على أن الجودة تعبــر عــن مطابقــة السمات والخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة للمعايير الموضــوعة، وقــدرتها علــى إشــباع حاجات العميل وتلبية رغباته، مع اعتبارها معيار للتميز والكمــال ينبغــي تحقيقــه وقياســه باستمرار.

2-1-3 مفهوم الخدمة Concept of Service:

3- 1- 2 -1 تعريف الخدمة :

تعددت تعاريف التـي تناولت مفهوم الخدمة ، فقد عرفهــا (Palmer ،2000)[5] بأنهــا "أي نشاط أو ميزة يقدمها طرف (المنتج) إلى طرف آخر (المستفيد) وهي غير ملموسة ".

ويوافق (أورمان، 2000) [1]على أنها " منتوج غير ملموس يقدم فوائد ومنافع مباشرة للعميل كنتيجة لتطبيق أو استخدام جهد أو طاقة بشرية أو آلية فيه على أشخاص أو أشياء معينة ومحددة والخدمة لا يمكن حيازتها أو استهلاكها ماديا) "

---

[1] Lawrence, J. and McCollough, M. (2001) A Conceptual Framework for Guaranteeing Higher Education. Quality Assurance in Education, 9(3), 139-152.

[2] Beer M. (2003). "Why Total Quality Management Programs Do not Persist "@ www.hbs.edu/units /tom/seminars0304-/inbeer.pdf.december,2003

[3] السعودي ، أحمد موسى ، الزيات،محمد عواد (2007)،تحليل أثر العوامل الداخلية والخارجية على الجودة ،المجلة الاردنية في إدارة الأعمال ، المجلد 3 ،العدد3 ،2007.ص325-535

[4] Hillmer, Steve et al, (2007). Improving Quality and Productivity via Stratification: A Call Center Example for Forming Homogeneous Groups. Quality Management Journal. Vol. 14, No. 1, p. 19.

[5] Palmer, A. 2000. Principles of Marketing. American: Oxford University Press, Inc.

وقد أيد كل من (Reisinger & Turner, 2003)[2]أن الخدمة هي " نشاط أو منفعة أحد الأطراف يمكن أن يقدمه لطرف آخر يكون غير ملموساً بالضرورة، ولا ينتج عنه ملكية، وقد يرتبط أو لا يرتبط تقديمه بمنتج مادي ".

وتعرفها الجمعية الأمريكية للتسويق على أنها " : النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لإرتباطها بسلعة معينة ،وبالتالي فهي أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف يعرف آخر ، وتكون أساسا غير ملموسة ، ولا تنتج عنها أية ملكية ، وإن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي ملموس أو لا يكون) " [3]

كما يؤكد (العجارمة، 2005) [4] بأن الخدمة هي " نشاط يرافقه عدد من العناصر غير الملموسة والتي تتضمن بعض التفاعل مع الزبائن أو مع خاصية الحيازة ، وليس نتيجة لانتقالها للمالك) "

و ترى الباحثة أن الخدمة هي "نشاط إنساني غير مادي لا يتم حيازته وامتلاكه ، موجه من طرف لآخر يتم من خلاله تقديم منافع محددة لاشباع حاجات لدى الطرف الآخر، وقد يكون معه سلع أخرى مكملة أو لا يكون ."

فعلى نطاق الخدمات الطبية تكون غير مادي بشكل تام لايرفقها سلع مكملة في أغلب الأحيان، أما الخدمات الفندقية فقد يصاحب تقديمها سلع مكملة كتقديم المشروبات والأطعمة..

3- 1- 2 - 2 تصنيف الخدمات :

يمكن تقسيم الخدمات باستخدام أكثر من أساس :[5]

1-**التقسيم طبقاً للهدف من تقديمها :**

- خدمات تقدم بهدف الربح : كبعض الخدمات التعليمية، والمصرفية، والصحية...الخ.
- خدمات تقدم بهدف غير الربح مثل: كبعض الخدمات الحكومية وخدمات الدينية والتطوعية.

2 - **التقسيم طبقاً لنوع العميل :**

---

[1]أورمان أسعد ،حامد الديوه جي ، أبي سعد (2000) ،التسويق السياحي والفندقي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2000 ، ص 4

[2] Reisinger, Y. Turner, L. 2003. Cross-Cultural Behaviour in Tourism: Concepts and Analysis. Butterworth-Heinemann. First Published. P102

[3]الضمور ، هاني حامد ، (2005) ،تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر ، الطبعة الثالثة ، عمان ، 2005 ، ص 18

[4] العجارمة ، تيسير، التسويق السياحي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2005 ، ص 20

[5] المري ، محمد (2002) . دراسة جودة الخدمات المصرفية بالتطبيق على البنوك القطرية ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الاقتصاد ، جامعة عين شمسس. ص63.

- خدمات استهلاكيـــة و التي يشتريها الأفراد لإشباع حاجاتهم الشخصية .
- خدمات صناعية و التي تشتريها منظمات الأعمال بغرض تمكينها من أداء أعمالها

3- **التقسيم حسب درجة الاعتماد على العمالة أو الآلة** :

- خدمات تعتمد على العمالة وهى : خدمات تلعب العمالة الماهرة دور أساسي فى تقديمها.
- خدمـــات تعتمد على الآلة وهى: خدمات تلعب الآلة دور أساسي فى تقــديمها كــبعض الخدمات المصرفية .
- خدمات تعتمد على العمالة والآلة معاً: وهى خدمات تعتمد على عنصرى الآلة والعمالة معاً فى أدائها مثل الخدمات الطبية .

4 - **التقسيم حسب الاحتكاك والاتصال بالعميل** :

- خدمات ذات اتصال عالى بالعميل مثل : خدمات الفنادق، والبنوك، والخدمة الطبية حيث يعتبر تواجد العميل ضرورى لأداء الخدمة.
- خدمات ذات اتصال قليل بالعميل : مثل خدمات الإصلاح الثلاجات لا توجد حاجة فيهـــا لتواجد العميل أثناء أداء الخدمة .

5-- **التقسيم حسب درجة مهارة مقدم الخدمة** :

- الخدمات المهنية وهى: خدمات تمتاز بالتعقيد، ويحمل مؤديها شهادة تعطى له حق القيام بها، ويتوافر فى مؤديها درجة عالية من المهارة مثـــل الخـــدمات الطبيـــة والقانونيـــة والخدمات المصرفية .
- الخدمات غير المهنية وهى : عكس الخدمات المهنية وتمتاز بالبساطة، ولا تتطلب فـــى مؤديها ضرورة الحصول على شهادة معقدة، ويعتمد أصحابها فى أدائها على خبـــراتهم الشخصية .

6 – **التقسيم حسب سلوك العميل** :

- خدمات ميسرة وهى: الخدمات التى يشتريها العميل بدون مجهود شرائى .
- خدمات تسوق وهى : الخدمات التى يشتريها العميل بعـــد مقارنة واختيار مثل : خدمات تأجير السيارات وخدمات التأمين على الحياة .
- خدمات خاصة وهى : الخدمات التى يشتريها العميل بعد عناء فى صورة جهد أو ســـفر أووقت أو مال إضافى مثل : الخدمة الطبية من طبيب أو جراح مشهور .

و بناء على ماسبق ترى الباحثة أن الخدمات الطبية والفندقية تتشابه من حيـــث كونهـــا تقدم أساساً بهدف الربح للأفراد والمنظمات المختلفة، كما أنها تعتبـــر خـــدمات مهنيـــة وذات اتصال عالي بالعملاء وتتطلب وجود العميل لأدائها .ولكنها تتباين من حيث أن :

- **الخدمات الطبية تعتمد فى أدائها على اليد الماهرة الخبيرة والتقنية العالية معــا" أمــا الخدمات الفندقية فتعتمد على اليد العاملة الماهرة بالدرجة الأولى .**
- **الخدمات الطبية تعتبر خاصة أما الخدمات الفندقية فتعتبر خــدمات ميســرة وخــدمات تسوق لحد كبير.**

وفي الدراسة الحالية فان خدمات السياحة العلاجية تتطلب توفر نوعين من الخــدمات معــا" الطبية والفندقية.

3- 1- 2 - 3 خصائص الخدمات :

تتميز الخدمات بخصائص معينة تميزها عن السلع الماديــة و قــد أكــد (Armstrong & Kotler, 2005)[1] أن الخدمات تتضمن أربع خصائص التالية :

- اللاملموسية intangibility ، : فالخدمات لا يمكن إدراكها أو رؤيتهــا أو لمســها أو تذوقها أو سماعها أو فحصها قبل الشراء لذلك لايعرف المشتري النتائج التي سيحصل عليها من وراء شراء الخدمة ، لذلك يبحث المشتري على علامات أو دلائل أو مؤشــرات علــى جــودة الخدمة : مثل مكان عملها و مقدمها و الأجهزة المستخدمة في أداء الخدمة ....ألخ .
- تلازم إنتاجها واستهلاكها Inseparability: على عكس السلع المادية التي تنتج وتخزن ثم تباع ثم تستهلك نجد الخدمات تباع أولا" ثم تنتج وتباع في نفس الوقــت و لا يمكــن فصــل الخدمة عن مقدمها ، كما تتأثر الخدمة بكل من مقدمها ومستهلكها و يؤثر التفاعــل والاتصــال بينهم على ناتج الخدمة .
- تباين الخدمة Heterogeneity : على عكس السلع المادية التي يمكن تنميطها و إنتاج العديد من الوحدات المتماثلة الجودة منها نجد أن الخدمات تتباين في الجودة حيث تتوقف الجودة إلى حد كبير على من يقدمها و مكان وزمان أدائها و أسلوب تقديمها . لذلك تحــاول المنشــآت التحكم في تذبذب مستوى الخدمة من خلال العناية باختيار مقدمي الخدمـــة و تــدريبهم وتقــديم الحوافز لهم ...ألخ .
- الهلاك و عدم قابلية التملــك Lack of ownership & Perish ability : إن الســلع المادية يمكن تخزين الوحدات غير المباعة منها للبيع فيما بعد بينما وحدات الخدمة فهــي غيــر قابلة للتخزين ، كما لايمكن الاحتفاظ بحق امتلاكها .

بالإضافة إلى الخصائص السابقة،فان كل خدمة تتمتع بمزايا تعود إلى خصوصيتها وفيما يلي شرح لكل من خصائص الخدمة الطبية والفندقية على حدا :

---

[1] Armstrong & Kotler , (2005) . Marketing An introduction . Prentice Hall , New Jersey , p 575 .

أ- خصائص الخدمة الطبية :

إن الخدمة الطبية عبارة عن "منتج غير مادي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء مرتبط بصحة الفرد ويتعلق بالتشخيص والعلاج لا يمكن امتلاكه مادياً، إلا أنه بمكن الانتفاع به حتى دون امتلاكه، ويمكن أن تحقق الرضا لدى المريض، و الخدمات طبية كغيرها من الخدمات، تتمتع بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى اللاملموسة أي عدم إمكانية لمسها، تزامن إنتاجها مع استهلاكها أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع في وقت واحد، التباين عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، الهلاك أي عدم إمكانية خزنها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، عدم التملك أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها.

كما أنها تتميز بمزايا خاصة ومن أبرز هذه المزايا [1]:

ـ من الضروري أن تكون على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه .

ـ يتذبذب الطلب على الخدمة الطبية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر وحشد الطاقات الإدارية والفنية لإنتاج الخدمة الطبية لطالبيها وعدم إمكانية التأخر والاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المشفى الإنسانية .

ـ تتأثر المشافي بصفة خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص .

ـ في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المشفى بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.

و ترى الباحثة أن أهم خاصية يجب أن تتوفر في الخدمة الطبية أن تكون وآمنة و سهلة المنال ونتائجها خالية من الأخطاء وأن تتم وفق أحدث التقنيات العلمية ، كما تؤثر فيها أخلاقيات ممارسها والموارد الطبية المتاحة .

---

[1] ديوب، محمد ، عطية، هنادي ، (2005) . إدارة تسويق الخدمات الطبّية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس ، مجلة جامعة تشرين سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد (27) العدد (2).ص115

ب- خصائص الخدمات الفندقية :

إن الخدمة الفندقية كغيرها من الخدمات لها خصائص معينة تتميز بها (١) – (٢) :

1-الخدمات الفندقية لا تخزن .

2 -تكاملية الإنتاج والاستهلاك، فالخدمات الفندقية تنتج وتستهلك في نفس الوقت .

3 - تفاوت معايير اختيار الفندق واختيار الخدمة الفندقية من عميل لآخر، كما أن الخدمة الفندقية تنتج حسب الطلب وليس مقدماً .

4- لابد من قيام موظف الفندق بالتأكد من تقديم ما يطلبه العميل .

5- لايمكن لموظف الفندق إنتاج عينات من الخدمة وإرسالها للعميل للحصول على موافقته عن جودتها قبل الشراء .

6- جودة الخدمات الفندقية غير قابلة للفحص بواسطة موظفي الفندق قبل تقديمها للعملاء .

وترى الباحثة أن أهم خاصية تميز الخدمات الفندقية هو أنها متشعبة فخدماتها تتضمن الإيواء والطعام و الشراب وخدمات رجال الأعمال وخدمات النقل والاتصالات ، والأهم من ذلك أن العميل هو السائح ، وبالتالي يجب أن يتمتع مقدم الخدمة الفندقية بالكياسة واللباقة، وأن تكون على درجة مقبولة من الجودة والرقي والرفاهية .

3-1-3 مفهوم جودة الخدمة Concept of Service Quality :

1-3-1-3 مفهوم جودة الخدمة الطبية :

تعددت تعاريف جودة الخدمة الطبية حيث تعرفها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية[3] بأنها " درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة للخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة ."

---

[1] الحداد، عوض بدير، (1999).تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر.ص52-54

[2] معلا، ناجي (1998)،" قياس جودة الخدمات المصرفية في الأردن"، مجلة العلوم الإدارية، دراسات، مجلد، 25 العدد1 .67-53

[3] Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Monitoring and Evaluation of the quality and appropriateness of care, Quality Review Bukketin, Jan, 1987, P.26

ويرى (جودة، 2002) [1] أن جودة الخدمة الطبية تعبر عن "درجة تمكنها من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، وموثوقة، و بتكلفة مقبولة ."

ويؤكد (العمر ،2002) [2] بأنها "درجة التطابق بين مستوى الخدمات الطبية من ناحية،وتوقعات واحتياجات المريض من ناحية أخرى".ويؤكد أن الوصول للجودة ليس بالأمر السهل ويعود ذلك إلى اختلاف توقعات وتقديرات المرضى الشخصية من مريض لآخر، كما أن تحقيق متطلبات المريض بكلفة معقولة تستلزم الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة ، بالإضافة إلى الالتزام بمعايير الجودة الطبية للرعاية الصحية من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج ."

أما (مخيمير ،2003) [3] فيرى بأن جودة الخدمة الطبية تتضمن عنصرين أساسيين هما :

- العنصر التقني :ويتعلّق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم الصحية في معالجة المشكلات الصحية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض، دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها .

- العنصر الإنساني :ويتمثّل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الطبية والمرضى، وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام، وفي موقف المريض بشكل خاص .وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الطبية لتوقعات واحتياجات المرضى من الناحية الطبية، وأيضاً من حيث مستلزمات الراحة في الإقامة مثل توافر غرف الانتظار المريحة، ونظافة أماكن الإقامة، وتوافر خدمات الاتصال وغيرها، باعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية والنفسية .

وترى الباحثة أن جودة الخدمة تعبر بصورة عامة عن مدى تطابق الخدمة لتوقعات وتفضيلات الزبائن ، أما جودة الخدمة الطبية وبخاصة فيما يتعلق بالسياحة العلاجية فتشير إلى تقييم المريض لدرجة التميز و التفوق في أداء مقدمي هذه الخدمة من أطباء وممرضين وموظفين،و قدرتهم على تلبية حاجات المريض العلاجية و النفسية والجسدية .و بالتالي فان تحقيق مستويات عالية من الجودة للخدمات الطبية يستلزم الكفاءة المهنية للأشخاص الذين

---

[2] جودة، يوسف (2002) .مبادئ إدارة الجودة الشاملة مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشئون الاجتماعية، جامعة الزقازيق، مجلة البحوث التجارية، العدد الأول، 2002 ، ص398

[3] العمر ، بدران بن عبد الرحمن، (2002)،" مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض"، مجلة الإدارة العامة، العدد الثاني، 2002 ، الرياض السعودية ، ص308

[4] مخيمير،عبد العزيز، (2003).الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيق، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، . ص186.

يقدمون الخدمة الطبية ، بالإضافة إلى الرضا والقبول من جانب المستفيدين من الخدمة الطبية ،و أن تلبي على الأقل أدنى مقاييس ومعايير النوعية التي قررها المجتمع الدولي .

2-3-1-3 مفهوم جودة الخدمة الفندقية :

تتفق جودة الخدمة الفندقية مع جودة الخدمة الطبية من حيث أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لهذه الخدمة، إلا أنها تختلف عن جودة الخدمة الطبية في التفاصيل والخصائص .

حيث عرفها(Shih, 2006) [1] بأنها "مقارنة توقعات العميل نحو الخدمة بإدراكاته لمستوى أداء هذه الخدمة المقدمة بالفعل" وأكد بأن جودة الخدمة في مجال الضيافة تتأثر بعدد من العوامل والتي منها :

- المكونات المادية للخدمة: وتشمل على توافر أحدث الأجهزة والتسهيلات، كما تتضمن مظهر الفندق الداخلي والخارجي .
- سعر الخدمة: إن سعر الخدمة يمثل أحد أهم محددات قرار التعامل مع الفندق، لذا يتوجب على الفندق أن يقدم سعراً مناسباً للخدمة .
- الانطباع الذهني للعملاء عن الخدمة: وهو مزيج من توقعات العملاء عن الخدمة وما يصلهم من معلومات عنها عن طريق الاتصالات الخارجية .
- لقاء العملاء بموظفي الخدمة: إذ يتأثر التعامل بين العميل ومقدم الخدمة بالحالة النفسية للعملاء، وصفاتهم الشخصية وخبراتهم السابقة في التعامل مع الفنادق، بالإضافة إلى سلوك مقدم الخدمة نفسه، ومهاراته، وخبراته في التعامل مع العملاء .

وأكد (Tsoukatos & Rand ،2007) [2] أن "جودة الخدمة تشتمل على عنصرين أساسيين هما إجرائي و شخصي ، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة، أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم وسلوكاتهم وممارساتهم اللفظية مع العملاء ذو الخلفيات الثقافية المختلفة ".

وترى الباحثة أن جودة الخدمة الفندقية في دراستها الحالية تعبر عن مدى قدرة الفندق على تقديم الخدمات التي يحتاجها عملائه، بشكل يحقق رضا العميل عن الخدمة المقدمة له

---

[1] Shih, Ching-He. 2006. "Effects of Culture on Service Quality and Customer Satisfaction Ratings", Ph. D. The University of Utah, Department of Parks, Recreation, and Tourism.

[2] Tsoukatos, E., Rand, G. K. 2006. "Path Analysis of Perceived Service Quality, Satisfaction and Loyalty in Greek Insurance", Managing Service Quality, Vol.16, No.5, Pp 501-519

بالنسبة لرغباته المعلنة، أو غير المعلنة التي يتوقعها الفندق سواء من حيث الأدوات والأماكن التي تقدم بها الخدمة أو أسلوب التعامل مع العميل أثناء تلقيه الخدمة، وبالإضافة إلـــى مــدى كفاءة مقدمي الخدمة .

3-1-3- 3 أهمية جودة الخدمة:

إن لجودة الخدمة أهمية كبيرة بالنسبة للمؤسسات الخدمية التي تهدف إلـــى تحقيـــق النجـــاح والاستقرار، حيث أكد كلا من (الحداد،1999)[1] ، و(الدراركة،2001)[2] أن أهمية جودة الخدمات تتمثل في النقاط التالية:

- تحقيق ميزة تنافسية فريدة للمنظمة الخدمية وبالتالي مواجهة الضغوط التنافسية.
- تحمل تكاليف أقل بسبب قلة الأخطاء أثناء أداء الخدمات .
- إن الخدمة المتميزة تتيح الفرصة للمنظمة لتقاضي أسعار وعمولات أكبر.
- إن الخدمة المتميزة تزيد قدرة المنظمة على زيادة حصتها السوقية من خلال الاحتفـــاظ بالعملاء الحاليين وجذب عملاء جدد.
- إن الخدمة المتميزة تجعل من العملاء بمثابة مندوبي بيع للمنظمة فـــي توجيـــه وإقنـــاع عملاء جدد من الأصدقاء والزملاء .
- إن الخدمة المتميزة تتيح الفرصة للمنظمة لبيع خدمات إضافية .

وترى الباحثة أن جودة الخدمة ضرورة حتمية للمنظمات التي ترغب فـــي دخـــول ســـوق السياحة العلاجية. فجودة خدمات السياحة العلاجية تساعد على تحقيق ميـــزة تنافســـية بـــين المنظمات والدول في هذا المجال،وتتيح الفرصة لزيادة الحصة السوقية من خلال جذب أكبـــر عدد من السياح من الخارج ، بالإضافة إلى تحقيق قيمة مضافة وتنمية ســـمعة طيبـــة بـــين المنظمات الأخرى والدول المجاورة .

2-3 أبعاد جودة الخدمة Dimensions of Service Quality:

تعددت الدراسات التي بحثت في الأبعاد التي تشتمل عليها جودة الخدمة ،وفيما يلي نبذة تاريخية عن هذه الدراسات وهي مرّتبة من الأقدم إلى الأحدث :

- رأى (Swan & Comb, 1975)[1] أن هناك بعدين أساسيين للجودة هما :

---

[2] الحداد، عوض بدير، (1999). تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر.ص338

[3] الدراركة ، مأمون (2002) . إدارة الجودة الشاملة ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى،عمان ، 2001 ، ص151

- بعد الجودة المادية Physical Quality: والتي تتضمن الجوانب المادية الملموسة التي يتعرض لها العميل عند حصوله على الخدمة .
- بعد الجودة التفاعلية Interactive Quality : وهي تمثل العملية الخدمية ذاتها وما يتم فيها من تفاعل العاملين بالمنظمة مع العملاء .

○ و قد رأى (Lehitnen & Lehitnen, 1982) [٢] أن الجودة في مجال الخدمات تتضمن بالإضافة إلى بعدي الجودة المادية والجودة التفاعلية بعدا" آخر هو بعد كينونة المنظمة (Corporate Image) و التي تتعلق بصورة منظمة الخدمة والانطباع الذهني عنها .

○ و قد أكد كلا" من (Richardson & Robinson, 1986) [٣] الاتجاه السابق حيث ميزا بين ثلاثة أبعاد هي الجودة الفنية والجودة الوظيفية وبعد الصورة الذهنية للمنظمة والتي تعكس انطباعات الزبائن عن منظمة الخدمة ، والتي تتوقف بدورها على تقسيم الزبائن للجوانب الفنية والوظيفية للخدمة .

○ كما قامت دراسة (Parasuraman et. al, 1985) [٤] والتي تعد من أهم الدراسات بالتوصل إلى أن الأبعاد التي تبنى عليها جودة الخدمة تمتد لتشمل عشرة أبعاد رئيسية وذلك وفقا" لإدراك العميل وهي :

- الاعتمادية Reliability : و تعني الاتساق في الأداء و انجاز الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه .
- الاستجابة Responsiveness: وهي القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للزبائن من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة.
- الجدارة Competence : وتعكس مستوى المهارات والقدرات التحليلية و الاستنتاجية ، والمعارف التي يتمتع به القائمون على تقديم الخدمة ، التي تمكنهم من أداء مهامهم بشكل أمثل.
- سهولة الوصول للخدمة Accessibility : ويشمل كل ما من شأنه أن ييسر من الحصول

---

[1] Swan J. E. & Comb, L. J., "Product Performance Satisfaction: A New Concept", Journal of Marketing, April, PP: 22-27, 1976.

[2] Lehtinen, J.R and Lehtinen, U. (1982), "Service quality: a study of quality dimensions", Unpublished working paper, Service Management Institute, Helsinki .

[3] Richard ,B. and Robinson ,C. (1986).The Impact of Internal and External Marketing on Customer Service in Retail Bank , The International Journal of Bank Marketing, (Vol.4, No. 3, 1986), pp.3.

[4]Parasurman, A., Zeithmal, Valerie, A., and Berry, Leonardo L. "A Conceptual Model of Service Quality and it's Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol.49, No.3, 1985, PP: 41-50.

[4] Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, L. L. Berry, “A conceptual model of service quality and its implications for future research,” Journal of Marketing, 49, (1985).

على الخدمة مثل ملائمة ساعات العمل ، وتوافر عدد كاف من منافذ الخدمة ،وملائمة موقع المنظمة.

- المصداقية Credibility : و تعني مدى الالتزام بالمواعيد التي تقدمها الإدارة للزبائن فيما يخص الخدمات المقدمة وتحسيناتها ، مما يترتب عليه ثقة متبادلة .
- الأمان Security : و يعكس ذلك بالدرجة الأولى خلو المعاملات مع المنظمة من الشك والمخاطرة .
- الاتصال Communication : أي وجود قنوات للاتصال و إجراءات لنقل المعلومات من الزبائن إلى الإدارة وبالعكس .
- درجة فهم مقدم الخدمة للمستفيد Understanding the Customer: وتعكس مدى الاهتمام الشخصي بالزبون و بمتطلباته الخاصة .
- الأشياء الملموسة Tangibles: وتشمل التسهيلات المادية (مثل المعدات والأجهزة والأفراد ووسائل الاتصال التابعة لمقدم الخدمة) .
- اللباقة Courtesy : و تعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الكياسة والود .

وقد قامت الدراسات اللاحقة بتلخيص هذه الأبعاد العشرة في خمسة فقــط ، أطلــق عليهــا نموذج جودة الخدمة ،و تشمل النواحي المادية ، الاعتمادية ، الاستجابة ، الأمان ، التعاطف.
وتنطبق هذه الأبعاد على كافة المجال الخدمية بما فيها المجال الطبي والفنــدقي لــذلك قامــت الباحثة باستخدامه في دراستها .

1-2-3 أبعاد جودة الخدمة الطبية :

قامت العديد من الدراسات بدراسة نموذج الأبعاد الخماسي لجودة الخدمة الطبية كدراسة (ادريس،1996) [1]، (مطاريد، 1999) [2]، (عبود، 2009) [3]اعتمدت الباحثة على النموذج الخماسي لجودة الخدمة الطبية والذي يشمل الأبعاد الاعتمادية – الاستجابة – التعاطف – الأمان – الملموسية .و التي تراها الباحثة كما يلي :

- **الاعتمادية** Reliability : و تعني الثقة بالكفاءات العلمية والطبية لمقدم الخدمة وقدرته على أداء الخدمة الطبية التي وعد بها بدرجة عالية من الدقة والمهارة ،وتقديم

---

[1] إدريس، ثابت عبد الرحمن (1996)، "قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الادراكات والتوقعات: دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، المجلة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، المجلد الرابع، العدد الأول. صفحة 9–41.

[2] مطاريد ،ناهد محمد،(1999). جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الثالث ، ص127- 189.

[3] عبود ، علي سكر، و آخرون (2009)، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي" ، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية ــــــــــ المجلد 11 العدد 3 لسنة 2009، ص 52– 65.

كافة المعلومات الطبية التي يحتاجها المريض بلغة مبسطة ومفهومة ، والتوصل إلى نتائج طبية مرضية والتي يتوقعها المريض. أي بعبارة أخرى أن يكون مقدم الخدمة مالكا ومحيطا بالمعرفة والمهارة المتعلقة بحقل تخصصه ومهارته وان يكون راغبا" في إسداء وتقديم الخدمة الطبية وان يتحلى بأعلى مستويات السلوك الأخلاقي .

- **الاستجابة :** Responsiveness مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمرضى عند احتياجهم لها .

- **التعاطف:** Empathy وتعني الرعاية والاهتمام الشخصي بالمريض ، أي درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات المريض ومدى تقديره لمشاعره وتعاطفه مع هواجسه و مخاوفه ، والتعامل مع المريض وذويه بكل ود واحترام. و ،وهى الدرجة التي يصل بها مصمم خطة العلاج إلى أن يشتمل قراره على ما يحتاج مرضاه فعلياً من خلال خلق مناخ من الثقة والاتصال المفتوح مع المريض و فهم قيمه الثقافية والاجتماعية والروحية .

- **الأمان**Assurance : وهي الدرجة التي تقل فيها مخاطر التدخلات الطبية ومخاطر البيئة آلتي تقدم فيها الرعاية الصحية للمريض وللأفراد الآخرين متضمنة كل الممارسين للمهنة **.**أي توفر عنصر السلامة في تقديم الخدمة الطبية كأن تكون المعدات والأدوات معقمة ، بالإضافة إلى الثقة بقدرة الطبيب الطبية.وعدم التعرض للنصب و الاحتيال .

- **الملموسية** Tangibles : وتتمثل بالخدمات والتجهيزات المقدمة للمريض من حيث الخدمات الفندقية والإدارية والأغذية والنظافة و الديكور و التصميم الداخلي للمشفى أو العيادة ، وبعد العيادة أو المشفى عن الضوضاء والضجيج.

2-2-3 أبعاد جودة الخدمة الفندقية :

قامت العديد من الدراسات في مجال جودة الخدمة الفندقية بالاعتماد على نموذج الأبعاد الخماسي منها Akbaba, 2006)[1];(Saleh & Ryan, 1992)[2];(Knutson et al, (1990)[3]; (الشورة ،2003)[4];(معلا والطائي،2003)[5]

[1] Akbaba, A. 2006. "Measuring Service Quality in the Hotel Industry: A Study in a Business Hotel in Turkey". International Journal of Hospitality Management, 25 (2), Pp170-192.

[2] Saleh, F., Ryan, C., 1992. "Analyzing Service Quality in the Hospitality Industry Using the SERVQUAL Model". Service Industries Journal, 11 (3), Pp324-343.

[3] Knutson, B., Stevens, P., Wullaert, C., Patton, M., Yokoyama, F. 1991. "LODGSERV: A Service Quality Index for the Lodging Industry". Hospitality Research Journal, 14(2), pp 227-284.

[4] الشورة ، محمد سليم ، (2003) ، قياس جودة الخدمات في الفنادق ذات الخمس نجوم في عمان – الأردن ، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية ، 2003 ، المجلد السابع ، العدد الأول ، ص 62-76.

[5] معلا ، ناجي،والطائي حميد (2003) . " تقييم السياح العرب لجودة الخدمات الفندقية التي تقدمها الفنادق العاملة فى الأردن (دراسة تحليلية ميدانية)" مجلة الدراسات ، العلوم الإدارية، مجلد (30)،ص128

و قد اعتمدت الباحثة على النموذج الخماسي لجودة الخدمة الفندقية والذي يشمل الأبعـاد الاعتمادية – الاستجابة – التعاطف – الأمان – الملموسية .و التي تراها الباحثة كما يلي :

- **الاعتمادية** Reliability : قيام الفندق بتقديم الخدمة في الوقت المحدد ، وبشكل صحيح منذ المرة الأولى، وبدون أخطاء، حيث يمتاز الفندق بالسرعة في أداء عمليات الخدمة، والثقـة في العاملين والمسؤولين عن الخدمة .
- **الاستجابة** Responsiveness : الاستجابة الفورية لاحتياجات العملاء، الرد الفـوري على الاستفسارات والأسئلة، سرعة الاستجابة عند حدوث مشكلة عند العميل .
- **الأمان** Security : الأمان الكافي المحيط بالفندق، الشعور بالأمان في الحصول علـى الخدمة، المحافظة على سرية وخصوصيات العملاء .
- **التعاطف** Empathy:القدرة على تحديد احتياجات العملاء، تفهـم احتياجـات طالـب الخدمة، تقدير وتفهم للمشكلات الخاصة، وضع مصلحة العملاء في مقدمة اهتمامات العـاملين والإدارة، توفير العناية الشخصية لكل فرد من المستفيدين من الخدمة، الشعور بالتعـاطف مـع العميل عند تعرضه لمشكلة ما، احترام عادات وتقاليد العملاء .
- **الجوانب الملموسة في الخدمة** Tangible (حداثة وجاذبية الفندق والتصميم الـداخلي المتميز،جودة الأطعمة والمشروبات ، مدى توفر تقنيات حديثـة ونـادي رياضـي ومواقـف للسيارات وغيرها من التسهيلات المادية ، والأثاث والديكور، ومظهر العـام للعـاملين فـي الفندق) .

3-3 قياس جودة الخدمة Measuring Service Quality :

واجهت عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات صعوبات عديدة لأسباب منها كون الخدمات غير مادية وغير ملموسة وهذا يؤثر على عمليات تقديمها للزبون وعلى نمطية الأداء ، بالإضافة إلى التفاوت الإدراكي للعملاء واختلاف طريقتهم في الحكم على جودة الخدمات .
و بالتالي ظهرت عدة محاولات لعدد من الباحثين والمهتمين بموضوع قيـاس جـودة الخدمـة أهمها: [1]

أ- قياس الجودة المهنية Measuring Professional :

---

[1] يوسف ، يسري السيد ، (2002) ، مبادئ إدارة الجودة الشاملة – مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية ، دراسة تطبيقية ، مجلة البحوث التجارية ، مجلد 24 ، العدد 1 ، القاهرة ، مصر ، ص410

و هو يمثل قياس الجودة من منظور مقدميها و يكون ذلك بدلالة المدخلات ، والعمليات المطلوبة لانجاز الخدمة و النتائج المتمثلة بالخدمة بصورتها النهائية ، المقدمة للزبون ، و هذا يتم من خلال الأداء المقارن، أو الأسئلة الموجهة للعاملين .

ب – قياس الجودة من المنظور الشامل أو الكلي :

أي من وجهة نظر الزبون، ومقدم الخدمة ، لكي يتاح للمنظمة تقويمها و إجراء تحسين مستمر لجودة الخدمة .

ث– قياس جودة الخدمة من منظور الزبائن :

و هذا الاتجاه يتضمن عدة مقاييس منها مقياس عدد الشكاوي Measuring Complaints و يعتمد على قياس عدد الشكاوي المقدمة من قبل الزبون خلال فترة زمنية ، وتبين هذه الشكاوي عدم تناسب الخدمة المقدمة لهم مع المستوى الذي يطمحون إلى بلوغه، ومقياس آخر و هو مقياس الرضا Satisfaction Measure قياس رضا الزبون و خاصة بعد حصوله على الخدمات ،و مقياس القيمة Value Measure و يعتمد على المقارنة بين المنفعة و السعر فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للزبائن و كلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات ، والعكس صحيح .

ومقياس الفجوة Servqual Measure والذي يعتمد على توقعات الزبون لمستوى الخدمة و إدراكه لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم التحديد ما بين التوقعات و الادراكات باستخدام الفجوات.و يعد من أكثر المقاييس قبولا" وانتشارا" و لذا سستتناوله الباحثة بشكل تفصيلي :

1-3-3 مقياس الفجوات Servqual Measure :

ينسب هذا المدخل إلى (parasuraman et al ; 1985) و هو الذي يستند إلى توقعات العملاء لمستوى الخدمات وادراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ، و من ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين التوقعات والادراكات و ذلك باستخدام الأبعاد الخمس الممثلة لمظاهر جودة الخدمة المشار إليها سابقا". و من هنا فان مستوى جودة الخدمة يقاس بمدى التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة فعلا" للعملاء وما يتوقعه العملاء بشأنها ، وبالتالي فان جودة الخدمة تعني الدراسة والتحليل والتنبؤ بتوقعات العملاء و محاولة الارتقاء إليها بشكل مستمر . [1]

و عند التحدث عن هذا المدخل لابد من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة و هما :

---

[1] العجارمة ، تيسير ،(2005)، التسويق المصرفي ، دار الحامد ، عمان ، الأردن ، ص344

3 -3- 2 توقعات جودة الخدمة :

اقترح (parasuraman et al ; 1990)[1] أربعة عوامل رئيسية تـؤثر علـى توقعـات العملاء وهي: الاحتياجات الخاصة بالعميل؛ الاتصالات الشخصية بين العملاء؛ الخبرة السـابقة؛ الاتصالات التسويقية بالعملاء من خلال وسائل الإعلان ورجال البيع ووسائل الاتصال الأخرى، وأكد أن على منظمات الخدمة ليس فقط الاكتفاء بتلبية توقعات العملاء، ولكـن أيضـاً إشـباع رغباتهم الوجدانية والعاطفية .

ويؤكد(Zeithaml et a, 1993)[2] أن توقعات العميل تنطوي على مستويين رئيسيين هما: المستوى المرغوب والمستوى الكافي، ويعكس المستوى المرغوب لتوقعات العميل نحو الخدمـة ماذا يريد؟ أو ماذا يأمل في الحصول عليه من شراء الخدمة؟، بينما يعكـس المسـتوى الكـافي لتوقعات العميل مستوى الخدمة الذي يكون العميل على استعداد لقبوله كحد أدنى، وتقع بين هذين المستويين لتوقعات العميل منطقة التسامح والتي تعبر عن المدى الخـاص بـالأداء المرضـي للخدمة بالنسبة للعميل .

و عندما يكون مستوى الخدمة المقدمة بالفعل للعميل أقل من حدود منطقة التسـامح فـإن العميل سوف يشعر بالإحباط وعدم الرضا عن الخدمة، بينما عندما يكون مستوى الخدمة المقدمة بالفعل أعلى من منطقة التسامح فإن ذلك سوف يحقق للعميل شعور بالرضاء والسرور، ويُلاحظ أن منطقة التسامح بين المستوى المرغوب والمستوى الكافي لتوقعات العملاء تختلف من عميـل لآخر ومن خدمة إلى أخرى لنفس العميل .

و ترى الباحثة أن توقعات العملاء في دراستها الحالية تعبر عن الاعتقـادات والرغبـات الكامنة التي تتكون لدى كل عميل ويتوقع تحقيقها في الخدمة المقدمة له من خلال قدومه إلى سورية، والتي يستخدمها في نفس الوقت كمعايير أو نقاط مرجعية للحكم على مسـتوى الأداء الفعلي للخدمة المقدمة"

3 -3- 3 إدراك جودة الخدمة :

يرى (Shih, 2006)[3] أن إدراك جودة الخدمة هي العملية التي من خلالها يقوم الأفـراد باختيار وتنظيم وتفسير المعلومات في أثناء الخدمة ونهايتها، وذلك للتوصل إلى معانٍ ومفـاهيم وتكوين صورة معينة عنها .

---

[2]Parasurman, A., Zeithmal, Valerie, A., and Berry, Leonardo L. "A Conceptual Model of Service Quality and it's Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol.49, No.3, 1985, PP: 41-50.

[3]Zeithaml, V., Bitner, M. (1996). Service Marketing. Singapore: McGraw-Hill

[3] Shih, Ching-He. 2006. "Effects of Culture on Service Quality and Customer Satisfaction Ratings", Ph. D. The University of Utah, Department of Parks, Recreation, and Tourism

وترى الباحثة أن إدراك جودة الخدمة يعبر عن تلك السلسلة من التقييمات والأحكام التي تنشأ لدى العميل أثناء وفي نهاية فترة مكوثه في سورية وتلقيه الخدمة.

4-3-3 مقياس جودة الخدمة :

يقوم هذا المقياس على معادلة أساسية ذات طرفين هما الادراكات و التوقعات ، يمكن التعبير عنها بما يلي :

,

جودة الخدمة = الادراكات – التوقعات

في إطار هذا المفهوم يمكن التمييز بين خمس فجوات هامة تتعلق بكل من المنظمة ، وبالزبون ، وبالاثنين معا"، وكما هو مبين في الشكل (3-1) تتلخص هذه الفجوات بالاتي[1] :

- **فجوة المعرفة** Knowledge gap: و تنتج عن الاختلاف بين ما يرغبه الزبائن و ما تعتقده الإدارة أنه رغبة الزبائن ، وفي حال وجود فجوة سلبية فان هذا يشير إلى عجز الإدارة عن معرفة و تفهم احتياجات و رغبات الزبائن من خلال توقعاتهم و العكس صحيح .
- **فجوة النمطيات** Standards gap: و تنتج عن الاختلاف بين ما تعتقده الإدارة أنها رغبة الزبون وبين ما تقوم المنظمة بأدائه من الناحية العملية .و في حالة وجود فجوة سلبية فان هذا يعني أنه بالرغم من إدراك الإدارة لتوقعات الزبائن فانه لم يتم ترجمة هذه التوقعات إلى مواصفات محددة فعلية في الخدمة المقدمة للزبائن بسبب قيود تتعلق بموارد الشركة أو المنظمة أو عدم قدرة الإدارة على تبني فلسفة الجودة في الخدمة والعكس صحيح .

- **فجوة التسليم** delivery gap : و تظهر بسبب الاختلاف بين المواصفات المحددة للجودة وبين مستوى الأداء الفعلي .و في حال وجود فجوة سلبية فا هذا يعني أن هناك اختلافا" بين مستوى الخدمة المقدمة للزبائن و بين ما تدركه الادارة و ذلك بسبب تدني مستوى الأداء و المهارات الخاصة بمقدمي الخدمة أو عدم وجود دافعية لهم لتقديم الخدمة وفقا" للمواصفات المخططة و العكس صحيح .

- **فجوة الاتصالات** communications gap: وتنتج عن الاختلاف بين الخدمة الفعلية و ما يتم الترويج عنه بخصوص الخدمة . و في حالة وجود فجوة سلبية فان هذا يشير إلى وجود خلل في المصداقية و الثقة في منظمة الخدمة والعكس صحيح .

- **فجوة الادراكات و التوقعات** : هي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة و تمثل الفرق بين الخدمة المدركة والخدمة الفعلية . وفي حال وجود فجوة سلبية فان هذا يؤدي إلى عدم

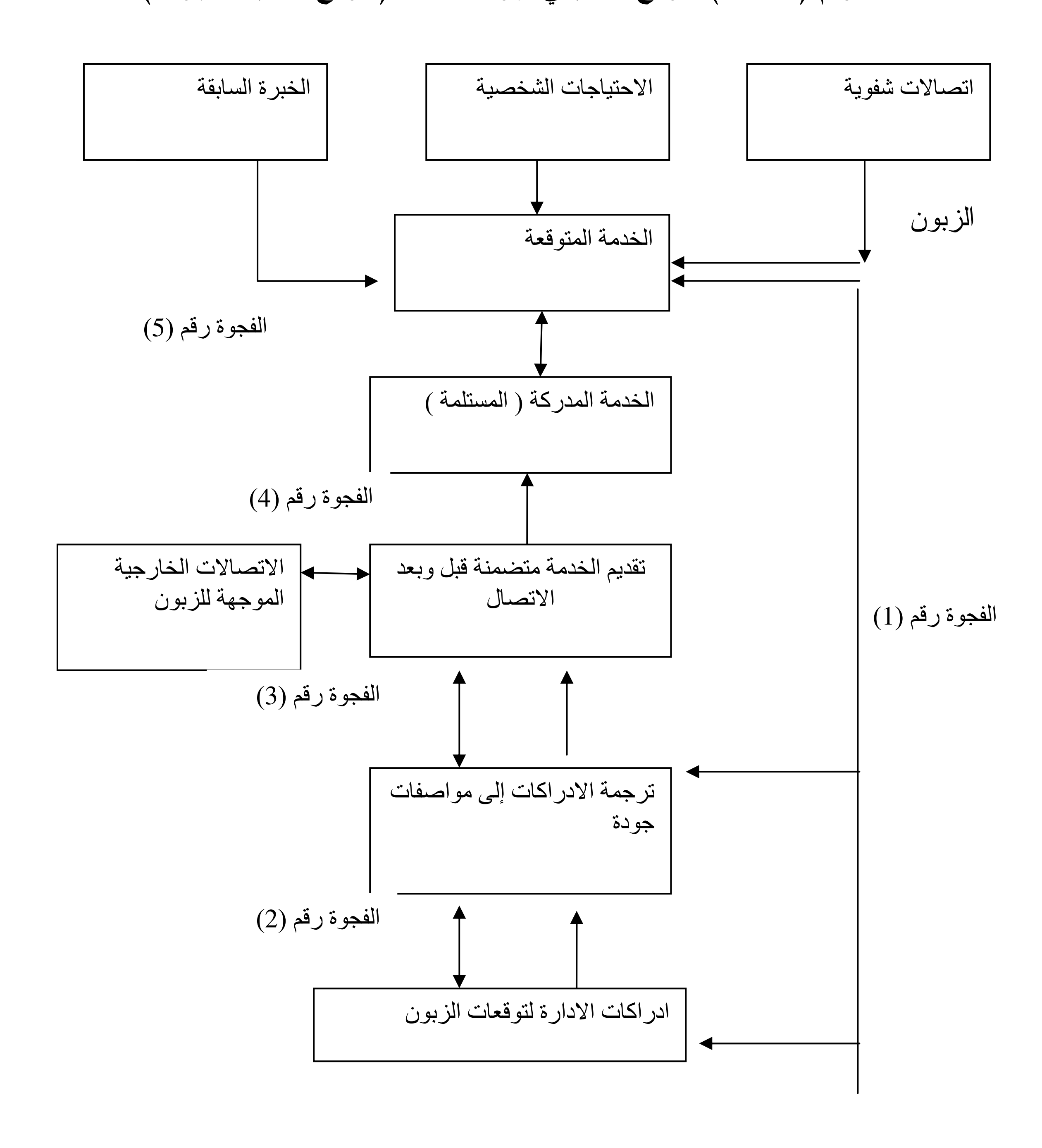
---

[2] العلاق ، بشير ، محمود ، أحمد (2002) ، استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين الجودة المدركة ورضا الزبون .ص31-32.

رضا الزبائن عن الخدمة المقدمة ، واحتمالات التذمر والشكوى وتكوين الانطباعات السيئة عن منظمة الخدمة .

و لقد حظيت كل من الفجوة الأولى و الخامسة باهتمام الباحثين و المهتمين بقياس جودة الخدمة ، و ذلك بالتطبيق على خدمات متنوعة منها الخدمة الصحية ، و الخدمة المصـــرفية ، و النقــل الجوي ، والتعليم و الوجبات السريعة والخدمة الهندسية الاستشارية ......

الشكل رقم (3-1) نموذج مفاهيمي لجودة الخدمة (نموذج تحليل الفجوات)



المصدر (العلاق ،2002) [1] ص31

[1] العلاق ، بشير ، محمود ، أحمد (2002) مرجع سابق ذكره

إلا أنه وجهت عدة انتقادات لمقياس SERVQUAL والتي يمكن تلخيصها فيما يلي[1]:

☒ قيام المقياس على أساس فكرة توقعات العميل والتي لا تعبر بالضرورة عن احتياجات و متطلبات العميل، فالتوقعات قد تأخذ في الاعتبار الخبرات السابقة مع مقدم الخدمة وخبرات الآخرين ، وترويج المنشأة للخدمة ، حيث تجعل كل هذه العوامل مستوى توقع الخدمة مختلفا" عن احتياجات ومتطلبات العميل .

☒ الإيحاء بوجود معيار مثالي للخدمة قد يؤدي إلى التضليل في تفسير النتائج ، حيث أن توقعات البشر شديدة الاختلاف والتمايز نتيجة تأثير عوامل كثيرة مادية وثقافية وعملية ، لايمكن نظريا" أو عمليا" الاتفاق على معيار لهذه التوقعات.

☒ إرهاق العميل بكثرة الأسئلة وتعدد مستوياتها فمطالبة العميل بتحديد الخدمة المتوقعة ثم الخدمة المدركة تعرضه للحيرة وعدم الدقة إذا كان هناك فصل بين المرحلتين كما أنها تصبح عديمة الجدوى إذا تم السؤال عنها في مرحلة واحدة .إلى جانب مضاعفة الجهد اللازم لأداء تلك المرحلة وهذا دليل على عدم الكفاءة .

☒ احتياج هذا المقياس إلى جهد كبير لتحليل البيانات الواردة فيه للخروج بنتيجة القياس ، ويتضح ذلك الجهد من الطريقة الفنية للقياس وهذا سبب آخر لعدم الكفاءة .

نتيجة للانتقادات التي وجهت من جانب بعض الباحثين إلى نموذج الفجوة; قام (Gronin and Taylor,1992)[2] باقتراح مقياس يركز على الأداء الفعلي للخدمة المقدمة باعتبار أن جودة هذه الخدمة يمكن الحكم عليها مباشرة من خلال اتجاهات الزبائن ، و أنه يمكن التعبير عنه بالمعادلة التالية :

جودة الخدمة = الأداء الفعلي

وقد أطلق على الأسلوب الجديد في قياس جودة الخدمة مقياس الأداء الفعلي أو SERVPERF، ولم يختلف الأسلوب الجديد عن سابقه في الأبعاد المستخدمة في قياس مظاهر جودة الخدمة الخاصة بالجوانب الملموسة، والاعتمادية، والاستجابة، والأمان، والتعاطف وكما يرى أصحاب هذا المقياس فإنه يتميز عن سابقه بالبساطة وسهولة الاستخدام، وكذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته لأنه يستبعد عمليات الطرح بين توقعات العميل وإدراكاته لمستوى الخدمة .

---

[1] عبد العظيم جاد، رمضان ، (1998) . مقياس مقترح للاستخدام في برامج تحسين الجودة :دراسة تطبيقية في البنوك التجارية بمحافظة الغربية، .المجلّة العلمية للتجارة والتمويل-جامعة طنطا، العدد الثاني، 1998 ،ص1 -44-:

[2] Cronin, J. J. and S. A. Taylor, 1992 "Measuring service quality: a reexamination and extension," Journal of Marketing, 56, 55-68 (1992).

إلا أنه لم يسلم كذلك من الانتقادات، وإن تركز معظمها حول محدودية قيمة النتائج المستخلصة نظراً لتجاهله لتوقعات العملاء، ومن ثم تحديد الفجوة، إضافةً إلى بعض الانتقادات الخاصة بمنهجية القياس والطرق الإحصائية المستخدمة للتحقق من ثباته ومصداقيته (Parasuraman et al, 1994) .

غير أن بعض الدراسات اللاحقة نجحت في تأكيد ثبات مقياس SERVPERF ومصداقيته في التطبيق العملي (إدريس والمرسي،1993)[١]; (Babakus & Boller, 1992)[٢]; (Lee & et al, 2002)[٣].

والتي أكدت من خلال نتائج التي توصلت إليها على أن مقياس الأداء SERVPERF هو أعلى منزلة من مقياس الفجوة، ويشرح الاختلاف في إدراك جودة الخدمة بطريقة أفضل، كما أنه يقلص عدد العبارات إلى النصف .

و قد قامت الباحثة بالاعتماد على هذا المقياس في دراستها لامتيازه بالسهولة والبساطة .

5-3-3 جودة الخدمة ورضا العميل :

قامت دراسات عديدة ببحث العلاقة بين جودة الخدمة ورضا العميل ، حيث أكدت أغلب الدراسات على أن رضا العميل وجودة الخدمة هما مفهومان مترابطان ومتلازمان وأن جودة الخدمة تسبق رضا العميل
(Zeithaml & et al, 1985)[4];(Oh & Parks, 1997)[5];(Brady & Robertson et al, 2001)[6].

كما أكد (Lu chieh , 2003)[7] أن الفرق بين جودة الخدمة والرضا يكمن في كون

---

[١] إدريس، ثابت عبد الرحمن ، المرسي، جمال الدين محمد، 1993، "قياس جودة الخدمة وتحليل العلاقة بينها وبين كل من الشعور بالرضا والميل للشراء: مدخل منهجي تطبيقي"، مجلة التجارة والتمويل، كلية التجارة، جامعة طنطا.

[2] Babakus, E., Boller, W.G. 1992. "An Empirical Assessment of SERVQUAL Scale". Journal of Business Research, 24 (May), Pp253-268.

[3] Lee, Y. S., Sum, C. C., Hays, J. M., Hill, A. V. 2002. "Modeling the Effects of Service Guarantee on Perceived Service Quality Using Alternating Conditional Expectations (Ase)". Decision Sciences, 33(3), P347-383.

[4] Zeithaml, V., Bitner, M. (1996). Service Marketing. Singapore: McGraw-Hill

[5] Oh, H., Parks, S. C. 1997. Customer Satisfaction and Service Quality: A Critical Review of the Literature and Research Implications for the Hospitality Industry ". Hospitality Research Journal, 20(3), P35-46.

[6] Brady, M. K., Robertson, C. J. 2001. "Searching for A Consensus on the Antecedent Role of Service Quality and Satisfaction: An Exploratory Cross-National Study", Journal of Business Research, 51(1), Pp53-60

[7] Lu Li-Chieh. 2003. "A Multi-Ethnic Comparison of Service Quality and Satisfaction in National Forest Recreation", Ph. D. The Pennsylvania State University, College of Health and Human Development

الرضا غالباً ما يعتمد على تقييمات وأحكام عاطفية وشخصية، بعكس جودة الخدمة والتي تعتمد على تقييمات وأحكام منطقية وعقلانية.كما أضاف أن جودة الخدمة تعبر عن وجهة نظر الإدارة والتي تتحكم بمستويات الجودة المقدمة للعملاء، بعكس الرضا والذي يعبر عن وجهة نظر العملاء بمستوى جودة الخدمة المقدمة .

ويؤكد (موك وآخرون ،2007)[1] أن الرضا يعتمد على التجربة حيث يجب على المستهلك تجربة الخدمة ليشعر بدرجة من الرضا أو عدم الرضا، بينما لا تعتمد جودة الخدمة على التجربة. ويعتبر أن المنهج الأكثر استخداماً لرضا العميل هو منهج عدم التأكيد، والذي يرتبط الرضا فيه بالتغير بين توقعات العميل قبل الشراء وإدراكاته بعد الشراء لأداء الخدمة الفعلي. وطبقاً لنظرية عدم التأكيد يتحدد مدى الرضاء أو عدم الرضاء لدى العميل من مواجهة خدمة معينة بالفرق بين توقعات العميل للأداء، والأداء المدرك فعلياً، حيث يشار إلى أي فرق بينهما بأنه عدم تأكيد، فإذا كانت تجربة الخدمة أفضل من المتوقع ينتج عن ذلك عدم تأكيد إيجابي، أو مستويات رضا مرتفعة، أما إذا كان أداء الخدمة أقل مما هو متوقع فينتج عن ذلك عدم تأكيد سلبي، أو عدم رضا، وينتج التأكيد أو عدم التأكيد صفر، عندما يحقق الأداء المدرك توقعات العميل، أو عندما تكون تجربة الخدمة كما هي متوقعة في عيني العميل .

وترى الباحثة أن رضا العميل يعكس الحالة النفسية التي يمر بها عند تواجد تأكيد، أو عدم تأكيد لتوقعاته بالنسبة إلى عملية جارية للخدمة أو تجربة خدمة محددة التي كان ينشدها من خلال قدومه إلى سورية، وأن لكل من رضا العميل وجودة الخدمة المدركة دور هام في تكوين نوايا شراء والتوقعات المستقبلية للعميل .

3- 4 مفهوم إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management

3-4-1 ماهية مفهوم إدارة الجودة الشاملة :

لقد تعددت التعاريف التي تناولت مفهوم إدارة الجودة الشاملة فقد عرفها(Cohen & Brand,1993)[2] على النحو التالي :

-**إدارة:** تعني التطوير والمحافظة على إمكانات المنظمة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر.

-**الجودة:** تعني الوفاء بمتطلبات العميل بل وتجاوزها .

[6]موك، كوني ، (2007)، إدارة جودة الخدمة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ، تعريب، سرور علي إبراهيم سرور، دار المريخ للنشر، الرياض.ص238

[2]Steven Cohen & Ronald brand,**(1993)** Total Quality Management in Government: A practical Guide for the Real World, (San Francisco; Jassey- Bass publishers), PP. xi- xii, 1993.

-الشاملة: وتتضمن تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بــدءً مــن التعرف على احتياجات المستفيد وانتهاءً بتقييم ما إذا كان المستفيد راضــياً عــن الخــدمات أو المنتجات المقدمة له.

كما يؤكد (زين الدين ،1996) [1] أن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إداريــة تقــوم علــى الخصائص التالية :

- التركيز المطلق على العميل .
- الارتباط بإستراتيجية المنظمة .
- الاهتمام والتركيز على الفلسفة والمفاهيم والأدوات والأساليب المتعلقة بالجودة .
- التأكيد على مشاركة وحماس العاملين .
- التحسين المستمر وتعميق مفهوم أن الجودة الشاملة عملية لا تنتهي .
- أن تعنى بالمنظمة كلها بجميع إداراتها ووظائفها ومستوياتها .
- أن كل فرد في المنظمة مسؤول عن الجودة .
- أن تتضمن وتشتمل على تغير الثقافة والعمليات .

وعلى نحو مماثل يرى (العزاوي ،2005) [2] بأنها " فلسفة وخطوط عريضة ومبــادئ تــدل وترشد المنظمة لتحقيق تحسين مستمر بحيث تعد مهمة أساسية لكل أفراد المنظمة بغية تحقيــق قيمة مضافة لتحقيق رضى زبائنها الداخليين والخارجيين من خلال تقديم ما يتوقعونه أو ما يفوق توقعاتهم ".

وترى الباحثة أن إدارة الجودة الشاملة هي منهج إداري يهدف إلى إحداث تطــوير فكــري شامل، وثقافة تنظيمية جديدة تتجه نحو تحسين أداء المنظمة مــن خــلال الاهتمــام بعنصــر الجودة، سعياً لإشباع حاجات وتوقعات العملاء .

2-4-3 تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات :

تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها صفة الرعاية التــي يتوقــع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية بعد أن يؤخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها[3].

---

[1] زين الدين، فريد (1996)، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، ، بدون ناشر، القاهرة ص 40.

[2] العزاوي، محمد عبد الوهاب.(2005). إدارة الجودة الشاملة. ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص54 .

[3] باتريشا شو وآخرون .(2007). تحسين جودة الأداء في الرعاية الصحية من أجل التعلم المبرمج. ترجمة طلال الأحمدي، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2007، ص 125 .

وقد قامت Jcaho بوضع برنامج في شكل عشر خطوات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات أطلق عليه Ten-Step Process Program يقوم هذا البرنامج علـــى الخطـــوات التالية[١]:

- ❖ توزيع مسؤوليات التحسين داخل المؤسسة الصحية على الأطراف المختلفة .
- ❖ تحديد الجوانب المختلفة للرعاية الصحية التي تقدمها المنظمة .
- ❖ تحديد العناصر الرئيسية التي سوف يتم على أساسها تقييم جودة كل خدمة يتم تقديمها .
- ❖ تحديد المقاييس التي سوف تستخدم للحكم على مستوى جودة كل عنصر.
- ❖ وضع مداخل محددة لعملية تقييم الجودة .
- ❖ وجود نظام لجمع البيانات التفصيلية المرتبطة بجودة الخدمات الصـــحية التـــي تؤديهـــا المنظمة .
- ❖ تقييم البيانات التي يتم جمعها والمرتبطة بالجودة وعمل التحليلات والمقارنات الخاصـــة بها .
- ❖ اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين مستوى الرعاية الصحية .
- ❖ تقييم درجة فعالية تلك الإجراءات في تحسين الخدمة .
- ❖ تداول نتائج عمليات التحسين مع جميع الأقسام والإدارات في إطـــار برنـــامج تحســـين الجودة على مستوى المنظمة .

أي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال الخطوات السابقة يركز على تقييم جـــودة العمل بشكل شامل من حيث جودة المدخلات و جودة المخرجات وجودة العمليات .

ورغم أن تطبيق الخطوات السابقة يبدو للوهلة الأولى سهلا" إلا أن قلة من المستشفيات التي تنجح في تطبيقها ، ويمكن تلخيص أهم المعوقات التي تحول دون التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة فيما يلي[٢]:

1–يترتب على إدخال نظام إدارة الجودة الشاملة الحاجة إلى موارد إضافية مما يمثل عبئاً جديداً للإنفاق .

---

[٤] ماضي، محمد توفيق، (2002). تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم -نموذج مفاهيمي مقترح، (المنظمة العربية للتنمية الإدارية 2002) .ص 82.

[٢] خالد بن سعد عبد العزيز بن سعد(1997)،إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، لا يوجد ناشر1997، ص122.

2 - صعوبة إجراء تغيير للثقافة السائدة في المنظمة نحو جدوى برامج تحسين الجودة،مما يتطلب دعم القيادات والمسؤولين في الإدارة العليا من أجل العمل على توحيد مفهوم كافة الأطراف في المنظمة نحو الجودة الشاملة وعناصرها الرئيسية .

3- اختلاف المستوى الثقافي للمرضى ومدى استيعابهم وتقيدهم بالتعليمات والنظام .

4- الفهم الخاطئ لدى بعض العاملين بأن الجودة الشاملة تعني نظام رقابي يستهدف اصطياد الأخطاء .

5–عدم توظيف الخبرات والمهارات المتوافرة في المشفى كجزء هام وأساسي لعملية تحسين الجودة المستمر، بالإضافة لعدم توثيقها للاستخدام في المستقبل ينتج عنه تكرار في أخطاء العاملين في المنظمة وانعدام توفر معايير لحالات النجاح في الأقسام المختلفة .

6– محدودية فهم بعض المديرين فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة وكيفية ارتباطها بفعالية المستشفى وكفاءته .

7- عدم وضع سياسة سليمة لبرامج التدريب تقوم على أسس دراسة الاحتياجات التدريبية الفعلية .

وترى الباحثة أنه للتذليل هذه الصعوبات لابد من إجراء دراسة متأنية للعائد والتكلفة لبرامج تحسين الجودة في مجال الخدمة المقدمة،بالإضافة إلى توفير قيادة واعية قوية تتوفر لديها الحماسة والشجاعة،تعمل على إيجاد الجو المناسب والمناخ الداعم لتطبيق الأسلوب مادياً ومعنوياً، من خلال القيام بتوعية العاملين بمزايا منهج إدارة الجودة الشاملة وتوجيههم نحو كيفية تطبيقه والعمل على خلق رؤية مشتركة لدى العاملين تقوم على العمل الجماعي المشترك للوصول إلى الأهداف المنشودة .

3-4-3 تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الفنادق :

لاقى مفهوم إدارة الجودة الشاملة اهتماما" واسعا" في مجال صناعة الضيافة على اختلاف أنواعها وأحجامها لكونها تركز على السائح وكيفية تلبية احتياجاته ورغباته المتنامية ، فضلا" عن كونها تركز على ضرورة تكامل الأنشطة والوظائف داخل المنشآت الفندقية ، والتشارك بين المستويات الإدارية جميعها وذلك لإتقان العمل من البداية وحتى النهاية بأقل الأخطاء والتكاليف الممكنة ، كما تركز إدارة الجودة الشاملة على التحسين المستمر في كل جوانب العمل الفندقي والتأكيد على توعية كافة العاملين في الفندق بأقسامه المختلفة كأساس للتفوق .[1]

[1] Avelini Holjevac, I. (1996), "Total quality management for the hotel industry and tourism", Tourism and Hospitality management, Vol. 2, No. 1.

وتتمثل قواعد إدارة الجودة الشاملة في صناعة الضيافة تتمثل في :[1]

1- التطوير والمحافظة على إمكانية المنشآت السياحية والفندقية من أجل تحسين جودة الخدمة المقدمة للسائح بشكل مستمر ومستدام .

2 – الوفاء بمتطلبات السائح .

3– تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في الموقع السياحي بدءا" من التعرف على احتياجات السائح وانتهاءا" بتقييم ما إذا كان السائح راضيا" عن الخدمات أو المنتجات المقدمة له .

4– التطوير المستمر للجودة والإنتاجية والكفاءة .

5– تطوير وتحسين السياحة ، ابتداء من المنشآت السياحية والفندقية إلى السائح بحيث يمكن إلغاء المهام الغير ضرورية أو المكررة التي لاتضيف أي فائدة للسائح .

6– دمج الجودة بعملية التخطيط الاستراتيجي للإدارة .

وترى الباحثة إن الهدف النهائي لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في كل من القطاع الفندقي والقطاع الطبي هو تحقيق أعلى مستويات الأداء والتميز،وتلبية وإشباع رغبات العميل وتحقيق رضاهم .

3-4-4 علاقة المنظمة المتعلمة بإدارة الجودة الشاملة :

ترى الباحثة أن العلاقة بين المنظمة المتعلمة وإدارة الجودة الشاملة تنبثق من خلال النقاط التالية :

1. كون تطبيق أبعاد المنظمة المتعلمة يعد العنصر الجوهري لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة لأن TQM تهدف إلى إحداث تغييرا" فكريا" وسلوكيا" في المنظمة ، وان إحداث التغيير في أسلوب التفكير النظمي والعصف الذهني و التطوير الذاتي لا يتحقق إلا من خلال التطبيق الصحيح للمنظمة المتعلمة .

2. تبرز العلاقة بين المتغيرين من أن أحد مرتكزات (TQM) تتمثل في إحساس العاملين بالثقة بمهاراتهم وقدراتهم في مكان العمل من خلال التدريب والتعلم المستمر ، و هذا بدوره يؤدي إلى تحسين في مستويات الأداء التنظيمي ، وزيادة الرضا الوظيفي ، وارتفاع سلوكيات المواطنة التنظيمية .

3. تتجسد العلاقة أيضا" بين المنظمة المتعلمة وإدارة الجودة الشاملة في كون المتغيرين يركزان على مبدأ المشاركة ، أي أنه يجب أن تشارك جميع الأطراف العاملة في المنظمة في صنع و

---

[1] Witt, C. A., Muhlemann, P. (1994), "The implementation of total quality management in tourism: some guidlaines", "Tourism Management", Vol. 15, No. 6.

اتخاذ القرارات و تطبيق الإجراءات ، كما أن إدارة الجودة الشاملة تسعى إلى مشاركة جميع العاملين في المنظمة من أجل تحقيق الجودة و إرضاء العملاء .

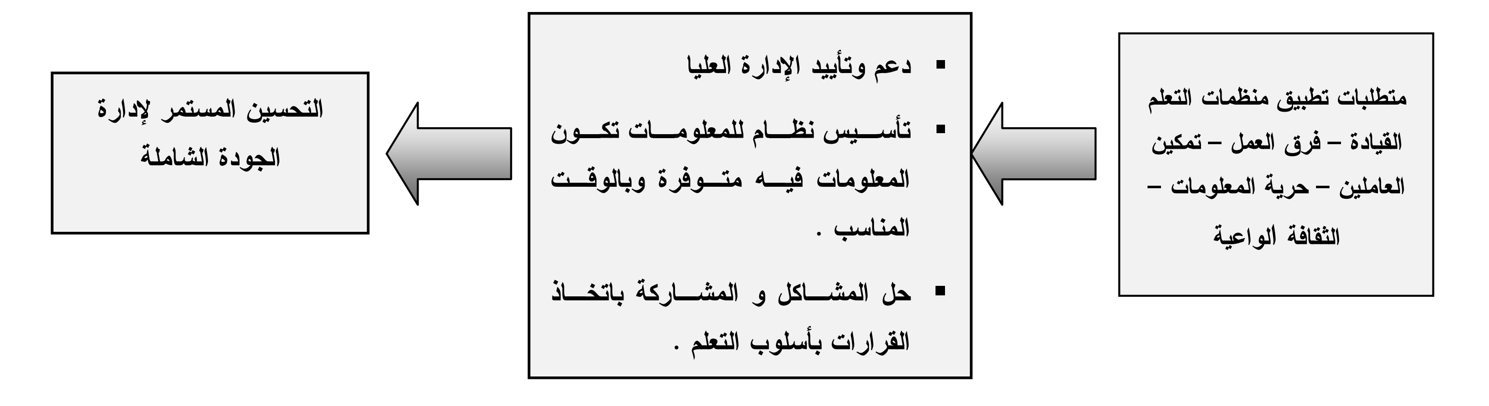
4. يعتمد كل من المتغيرين المذكورين على العمل الجماعي ، حيث أن العمل الجماعي هو أحد مبادىء المنظمة المتعلمة ، ويؤدي الى تفاعل العاملين معا" ، و ينمي العلاقات الاجتماعية بينهم ، مما يساهم بشكل مباشر في رفع إنتاجيتهم ،و بنفس الاتجاه فان إدارة الجودة الشاملة شكل تعاوني لانجاز الأعمال حيث تعتمد على ما يمتلكه العنصر البشري في المنظمة من قدرات و مواهب و خبرات وإمكانات من أجل تحقيق الجودة الشاملة بكل أبعادها و يرى (Krajewski & Ritzman ,1996) [1]إن العمل الجماعي يحقق غايات إدارة الجودة الشاملة ،لأن العمل الجماعي يمثل المفتاح التكتيكي لتحسين الجودة من خلال الحوارات والمناقشات المفتوحة .

1. تنبثق العلاقة بين المتغيرين المذكورين من كونهما يركزان على روح الفريق ، حيث ترى (عبد المنعم ، 1996)[2] أن من عناصر إنجاح إدارة الجودة الشاملة سيادة روح الفريق من خلال استخدام فرق عمل تسمح بتكامل الخبرات بعيدا" عن النظرة الضيقة للأمور .

2. إن كل من المنظمة المتعلمة وإدارة الجودة الشاملة يضعان المصلحة العامة للمنظمة في المقدمة ، حيث يمثل هذا المبدأ ركنا" أساسيا"من أركان المنظمة المتعلمة فشعور العاملين بتغليب المصالح الفردية على الصالح العام و كذلك هو الحال بالنسبة ل TQM على أن الأولوية للصالح العام وليس للمصالح الفردية .

3. يتضمن أسلوب إدارة الجودة الشاملة العديد من المبادئ والمتطلبات التي يفترض التقيد

الشكل رقم (3-2) متطلبات تطبيق منظمات التعلم وإدارة الجودة الشاملة .



المصدر (عامر،2007)[1]

---

[1] Krajewski , j &Ritzman , B ,1996. Operations Management , Addison Wesley ,USA, 1996 .

[1] عبد المنعم ، عزة صبحي ، " إدارة الجودة الشاملة : الطريق إلى التحسين المستمر " أخبار الإدارة ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، عمان ، العدد : 17 ، 1996".

والالتزام بها لتحقيق هذا النظام بفاعلية وكفاءة عالية ومواجهة ظروف البيئة المتغيرة وتحقيـق توقعات ورضا العملاء عن الخدمة المقدمة ، و تعتبر منظمات التعلم إحدى المفاهيم المتطـورة التي تساعد المنظمات على مواكبة التطورات فهي اتجاها لما يمكن أن تكون عليه المنظمـات ، بجانب كونها إستراتيجية مؤثرة في التطوير التنظيمي تساعد المنظمة على اكتساب مزايا تنافسية عديدة ، إن التطبيق الفعال لمتطلبات تطبيق منظمات التعلم يساعد و بشكل كبير في العمل علـى تحسين إدارة الجودة الشاملة و يمكن ذلك بالشكل رقم(3-2).

4. أي أن هناك نقاط مشتركة بين مدخل إدارة الجودة الشاملة ومدخل المنظمة المتعلمة تتعلـق بالأمور المتعلقة بالتركيز على العمل الجماعي ، والتحسين المستمر و مشاركة العاملين ،وروح الفريق ، والمصلحة العامة ، و التدريب والتعلم المستمر بالإضافة إلى أن المنظمة المتعلمة تعتبر أحد المرتكزات الأساسية لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة .

---

[2]عامر ، ميال حمود (2007) ، أثر تطبيق منهج منظمة التعلم على تحسين إدارة الجودة الشاملة – دراسة تطبيقية على مستشـفيات جامعة عين شمس – رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاقتصاد ،جامعة عين شمس . ص75

الفصل الرابع

الدراسة الميدانية

1-4 تحديد مجتمع البحث وعينته

2-4 تحديد أدوات البحث

3-4 التوصيف والتحليل للمتغيرات الديموغرافية لعينة البحث

4-4 التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث.

5-4 اختبار فروض البحث.

1-4 تحديد مجتمع البحث وعينته:

1-1-4 مجتمع البحث:

نظرا" لعدم توفر مشافي مختصة بالسياحة العلاجية في سورية واقتصار اغلب المعالجات الطبية للسياح على الناحية التجميلية اضطرت الباحثة إلى قيام بدراستها على مستوى قطاعين هما :

1 - القطاع الطبي ويشمل :

- القسم المأجور في مشفى حلب الجامعي ومشفى الكندي ومشفى الرازي بحلب ومشفى الأسد الجامعي بدمشق.
- مشفى الطب الجراحي العربي والمستقبل في حلب ، ومشفى الشامي بدمشق.
- العيادات السنية والعينية والتجميلية بالإضافة إلى مراكز الليزك بدمشق وحلب.
- وبلغ عدد الأطباء العاملين في القطاع الطبي في المجالات السابقة الذكر في حلب و دمشق حوالي 3784 طبيب موزعين كما يلي *:

-جدول رقم (4- 1)/I عدد الأطباء العاملين في القطاع الطبي مجتمع البحث-

المدينة	الاختصاص	العدد
حلب	طبيب جراحة تجميلية	21
	طبيب عينية	112
	طبيب أسنان	1144
دمشق	طبيب جراحة تجميلية	62
	طبيب عينية	487
	طبيب أسنان	1958
المجموع		3784

2- القطاع الفندقي ويشمل: الفنادق خمسة وأربعة نجوم كما يلي :

- فندق ديديمان(خمس نجوم) شيراتون (أربع نجوم) بدمشق.
- فندق ديديمان (خمس نجوم) شيراتون (أربع نجوم) بحلب.

* حسب إحصائيات الموفرة لدى نقابة الأطباء و مديرية المشافي بدمشق لعام 2009

حيث بلغ عدد العاملين في هذه الفنادق حوالي **1531** عامل * موزعين كما يلي :

-جدول رقم (4- 1)/II عدد العاملين في القطاع الفندقي مجتمع البحث-

المدينة	الفندق	عدد الغرف	عدد الأسرة	عدد العمال
دمشق	ديديمان (خمس نجوم)	395	790	577
دمشق	شيراتون (أربع نجوم)	220	440	408
حلب	ديديمان (خمس نجوم)	242	416	258
حلب	شيراتون (أربع نجوم)	180	280	288

3 – قطاع العملاء ويشمل: المغتربين السوريين المقيمين في الخارج والخليجيين والعراقيين غير المقيمين في سوريا ، و بعض الأجانب .والذين قاموا بتلقي المعالجات الطبية التجميلية في سورية.

2-1-4 عينة البحث:

قامت الباحثة بالاستعانة بالقانون التالي لتحديد حجم عينة البحث [1]:

$$ن = \frac{ق(1-ق)}{\frac{(د^2)}{(م.د.)^2} + \frac{ق(1-ق)}{ن_1}}$$

حيث:

ن: حجم العينة.

ق: نسبة الحد الأقصى لتوفر الخصائص المطلوب دراستها في أي مجتمع وهي عادة 50%

د: نسبة الخطأ المسموح به وهو عادة 5%

د.م: الدرجة المعيارية المقابلة لمعامل الثقة ويقدر عادة بـــ95% وبالتالي تساوي1096.

$ن_1$: حجم مجتمع البحث.

1-**عينة الأطباء:** وبالتطبيق على القطاع الطبي نجد أن عينة البحث تبلغ 349 مفردة.

---

* حسب إحصائيات دائرة السياحة بدمشق لعام 2009

1.**علي** محمد فتحي، 1981 ــ الإحصاء في اتخاذ القرارات التجارية وبحوث العمليات، القاهرة، مكتبة عين شمس،129

حيث وزعت الباحثة الاستبيان الخاص بأبعاد المنظمة المتعلمة على 349 طبيب ، و بلــغ عــدد الاستبيانات المسترجعة والقابلة للتحليل الإحصائي حوالي **278** استبيان.

و قد يطرح السؤال نفسه كيف يمكن للطبيب في العيادة أن يجيب على الاستبيان الخاص بأبعاد المنظمة المتعلمة ؟ إن الطبيب في العيادة هو ليس كائن بمفرده ، وإنما هو عضو في مشــفى و عضو في نقابة الأطباء و بالتالي بإمكانه الإجابة على أسئلة الاستبيان بوضوح وصدق.

2-عينة العاملين بالفنادق: بالتطبيق قانون العينة السابق نجد أن عينة البحث بالنسبة للعاملين بالفنادق تبلغ **307** مفردة . حيث قامت الباحثة بتوزيع الاستبيانات الخاصة بأبعاد المنظمة المتعلمة على العاملين ، حيث بلغ عدد الاستبيانات المسترجعة والقابلة للتحليل الإحصائي حوالي **150** مفردة .

3- عينة العملاء :

حيث شملت العينة وبسبب عدم توفر إحصائيات حول السياحة العلاجية في سورية على عينة عشوائية بلغت 300 مفردة ، ووصل عدد الاستبيانات المتعلقة بجودة الخدمة الطبية المسترجعة والقابلة للتحليل الإحصائي حوالي 278 مفردة .

أما عدد الاستبيانات المتعلقة بجودة الخدمة الفندقية المسترجعة و القابلة للتحليل الإحصائي حوالي 150 مفردة و ذلك لتسهيل التحليل الإحصائي.

2-4 أدوات البحث:

1-2-4 أداة البحث:

قامت الباحثة بالاعتماد على قائمة الاستبيان كأداة للبحث حيث صممت قائمتين للاستبيان:

قائمة الاستبيان الأولى :

حيث تتكون من قسمين على النحو التالي:

القسم الأول: ويشمل على المتغيرات الديموغرافية، ويتم قياسها باستخدام ثلاث أســئلة مباشــرة تتعلق: النوع، والعمر، وسنوات الخبرة.

القسم الثاني: ويشمل على خمسة أقسام فرعية تقيس كل منها بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة كما يلي :

- الفرع الأول : يضم خمس عبارات من(1) إلى (5) تقيس بعد الإجادة الشخصية .
- الفرع الثاني: يضم أربع عبارات من (6) إلى (9) تقيس بعد الرؤية المشتركة .
- الفرع الثالث: يضم خمس عبارات من (10) إلى (14) تقيس بعد أنظمة التفكير.
- الفرع الرابع: يضم أربع عبارات من (15) إلى (18) تقيس بعد النماذج العقلية.

- الفرع الخامس: يضم خمس عبارات (19) إلى (23) تقيس بعد تعلم العمل كفريق.

و قد استعانت الباحثة بعدد من الدراسات السابقة عند تصميمها قائمة الاستبيان تذكر منها: دراسة (Hawarth, 2005)[1] ، دراسة(عباينة & العدوان، 2008)[2]

قائمة الاستبيان الثانية :

وتضم ثلاثة أقسام هي :

القسم الأول: ويشمل على المتغيرات الديموغرافية، ويتم قياسها باستخدام بسبعة أسئلة مباشرة تتعلق: النوع، الجنسية، العمر، الدخل، هدف الزيارة، الرغبة في تكرار المعالجة ، الرغبة في نصح الأقارب والمعارف بتلقي المعالجة.

القسم الثاني: ويشمل على خمسة أقسام فرعية تقيس كل منها بعد من أبعاد جودة الخدمة الطبية كما يلي :

- الفرع الأول : يضم ست عبارات من(1) إلى (7) تقيس بعد الاعتمادية .
- الفرع الثاني: يضم أربع عبارات من (8) إلى (11) تقيس بعد الاستجابة .
- الفرع الثالث: يضم ست عبارات من (12) إلى (17) تقيس بعد الأمان.
- الفرع الرابع: يضم أربع عبارات من (18) إلى (21) تقيس بعد التعاطف.
- الفرع الخامس: يضم تسع عبارات (22) إلى (30) تقيس الملموسية.

وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على المقياس الذي قدمه (Parasurman et al،1985) [3] لقياس أبعاد جودة الخدمة مع اجراء بعض الاضافات بما يتلاءم مع موضوع الدراسة. كما ركزت على ادراك العملاء لجودة الخدمة المقدمة لهم بعد تلقيهم الخدمة.

القسم الثالث: ويشمل على خمسة أقسام فرعية تقيس كل منها بعد من أبعاد جودة الخدمة الفندقية كما يلي :

- الفرع الأول : يضم سبع عبارات من(1) إلى (7) تقيس بعد الملموسية .
- الفرع الثاني: يضم خمس عبارات من (8) إلى (12) تقيس بعد الاعتمادية .

---

[1] Hawarth Amy, (2005), Becoming A Learning Organization, Master Thesis in Business and Policy Studies, State University of New York, New York.

[2] عباينة ، رائد ، العدوان ياسر ، (2008).العوامل المؤثرة في ممارسة التعلم التنظيمي في البلديات الأردنية . مجلة الادارة العامة ، المجلد 48 ، العدد ، العدد 3 .

[3] Parasurman, A., Zeithmal, Valerie, A., and Berry, Leonardo L. "A Conceptual Model of Service Quality and it's Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol.49, No.3, 1985, PP: 41-50.

- الفرع الثالث: يضم أربع عبارات من (13) إلى (16) تقيس بعد الاستجابة.
- الفرع الرابع: يضم عبارتين من (17) إلى (18) تقيس بعد التعاطف.
- الفرع الخامس: يضم أربع عبارات من (19) إلى (22) تقيس بعد الأمان.

وقد قامت الباحثة بالاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي (موافق بشدة – موافق – محايد– غير موافق – غير موافق على الاطلاق).

واستنادا إلى ذلك ولتحديد الوزن النسبي الفارق تم حساب المدى(طرح الحدود العليا والدنيا) من مقياس ليكرت الخماسي ثم تقسيمه على عدد فئات المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح، ثم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في التدريج الخماسي وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية ، وعليه فان قيم المتوسطات الحسابية التي توصلت إليها الدراسة، سيتم التعامل معها لتفسير البيانات على النحو التالي:

- قيمة المتوسط الحسابي للعبارات اكبر من (4.20) يشير إلى أهمية مرتفعة جدا.
- قيمة المتوسط الحسابي يتراوح بين (3.4) و اقل من (4.2)فهذا يشير إلى أهمية مرتفعة،
- قيمة المتوسط الحسابي يتراوح بين (2.6) و اقل من (3.4)فهذا يشير إلى أهمية متوسطة،
- قيمة المتوسط الحسابي يتراوح بين (1.8) واقل من (2.6) فيكون المتوسط يشير إلى أهمية ضعيفة.
- وأخيرا إذا كان المتوسط يتراوح بين أكثر من (1) واقل من (1.8) فهذا يشير إلى أهمية ضعيفة جدا.

2-2-4 اختبار ثبات المقاييس المستخدمة في البحث:

تتناول الباحثة فيما يلي نتائج اختبار الثبات للمقاييس المستخدمة في الدراسة وقد تمّ استخدام اختبار ألفا كرونباخ ، وذلك للتوصل إلى المكونات الأساسية لمقاييس متغيرات البحث.

يقصد بثبات المقياس Reliability الاتساق الداخلي بين عباراته، ولثبات المقياس جانبان الأول هو استقرار Stability المقياس كأن يتم الحصول على ذات النتائج إذا قيس المتغير مرات متتالية. أما الجانب الآخر لثبات المقياس فهو الموضوعية Objectivity وهو كأن يتم الحصول على ذات الدرجة بصرف النظر عن الشخص الذي يطبق الاختبار أو الذي يصمّمه.

وقد اعتمدت الباحثة طريقة كرونباخ لحساب ثبات المقاييس باستخدام برنامج (SPSS, V.18)، وفي هذا المجال يشير (Hair, et. al., 1998)[1] إلى أن قيمة معامل الارتباط ألفا تتراوح بين (0 ، 1) وحتى يتمتع المقياس بالثبات يجب ألاّ يقل الحد الأدنى لقيمة المعامل في هذا الاختبار عن(0.65).

حيث أشارت النتائج المبينة في الجدول رقم (4-2) إلى أن قيمة ألفا كرونباخ تتراوح ما بين (0.672) و(0.968). وتعتبر هذه القيم مقبولة وبناءاً على ذلك يمكن القول بأن جميع المقاييس المستخدمة في البحث تتسم بالثبات الداخلي لعباراتها.

جدول رقم (4-2)

معاملات ألفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة

المتغير	*معامل ألفا كرونباخ*
الإجادة الشخصية	*0.837*
الرؤية المشتركة	*0.789*
أنظمة التفكير	*0.814*
النماذج العقلية	*0.839*
تعلم العمل كفريق	*0.861*
المقياس الكلي للمنظمة المتعلمة للأطباء	**0.940**
الإجادة الشخصية	*0.786*
الرؤية المشتركة	*0.672*
أنظمة التفكير	*0.694*
النماذج العقلية	*0.673*
تعلم العمل كفريق	*0.764*

[1] F. Hair, et. al., Multivariate Data Analysis (5th Ed., UK, London: Prentice-Hall International, Inc, 1998), P: 108.

0.871	**المقياس الكلي للمنظمة المتعلمة للعاملين بالفنادق**
0.922	*الاعتمادية*
0.849	*الاستجابة*
0.911	*الأمان*
0.860	*التعاطف*
0.912	*الملموسية*
0.968	**المقياس الكلي لجودة الخدمة الطبية**
0.954	*الملموسية*
0.956	*الاعتمادية*
0.894	*الاستجابة*
0.856	*التعاطف*
0.918	*الأمان*
0.968	**المقياس الكلي لجودة الخدمة الفندقية**

3-2-4 اختبار صدق المقاييس المستخدمة في البحث:

يقصد بصدق المقياس درجة ترابط المفاهيم والعبارات التي تقيس الشيء ذاته مع الدرجة الإجمالية للمقياس، فكلما زادت درجة الارتباط، كلما دل ذلك على أن أداة القياس تحقق الهدف منها. ولاختبار صدق المقاييس إحصائيا فقد استخدمت الباحثة أسلوب التحليل العاملي الاستكشافي Exploratory Factor Analysis والذي "يهدف إلى فحص البيانات بغرض البحث عن الهيكل الذي يعبر عن مجموعة من المتغيرات، وبالتالي فهو أداة لتقليل البيانات وبأسلوب المكونات الأساسية Principal Component، وبطريقة التباين الأقصى Varimax لتدوير محاور مصفوفة المكونات الأساسية عمودياً، والمقصود من التدوير هو إعادة توزيع تشبعات المتغيرات على العوامل، حتى لا يستحوذ العامل الأول أو العوامل الأولى على أكبر قدر من التشبعات ويكون ذلك على حساب بقية العوامل"[1]. يمكن الحكم على الصدق التجميعي لمقياس ما إذا توافرت في نتائج التحليل العاملي ما يلي:

1 غنيم، أحمد الرفاعي وآخرون، أساليب التحليل الإحصائي، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، 2000، ص197.

1. معيار نسبة التباين: وهو "التباين الإجمالي المفسّر لكل العوامل، ولا يوجد حد أدنى يطبق دائماً لهذه النسبة، ومع ذلك يتفق الباحثون في مجال العلوم الاجتماعية مثل الإدارة أن نسبة 60 %أو أقل تكون مقبولة"[1].

2. الجذر الكامن: Eigen values يجب أن لا يقل الجذر الكامن للعامل قبل التدوير عن (1) حتى يمكن القول بأنه معنوي إحصائياً. ويمكن تعريف الجذر الكامن بأنه: "مجموع التباين الكلي المستخلص بواسطة العامل"[2].

3. تشبّع العوامل: ولمعرفة متى يكون تشبّع العوامل معنوياً ودال إحصائياً بالاستناد إلى حجم العينة، تم الرجوع إلى رزق الله فـــي هذا المجال[3]، والجدول رقم (4-3) يوضح ذلك.

جدول رقم (4–3): معنوية التشبع وفقاً لحجم العينة

وزن العامل (بالقيم المطلقة)	حجم العينة المناسب(أكبر أو يساوي)
0.30	350
0.35	250
0.40	200
0.45	150
0.50	120
0.55	100
0.60	85
0.65	70
0.70	60
0.75	50

و الجداول الآتية توضح نتائج التحليل ألعاملي:

1رزق الله، عايدة نخلة، دليل الباحثين في التحليل الإحصائي – الاختيار والتفسير، القاهرة، مكتبة عين شمس، الطبعة الأولى، 2002، ص341.

2 Hair F, et al, op cite, p 134.

3رزق الله، عايدة نخلة، مرجع سبق ذكره، ص348.

1-3-2-4 اختبار صلاحية صدق مقياس جودة الخدمة الطبية:

الجدول رقم(4–4): نتائج التحليل العاملي لمقياس جودة الخدمة الطبية

عبارات المقياس	تشبعات العوامل				
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	العامل الخامس
Q1	-	-	0.354	0.366	0.461
Q2	-	.	0.372	0.425	0.528
Q3	0.372	-	0.466	-	0.618
Q4	-	-	-	-	0.823
Q5	--	0.423	-	0.430	0.579
Q6	-	-	-	-	0.870
Q7	0.472	.		-	0.534
Q8	-	0.605		-	-
Q9	-	0.549		-	-
Q10	-	0.623	-	-	-
Q11	-	0.542		-	-
Q12	-	-	0.832	-	-
Q13	-	-	0.857	-	-
Q14	-	-	0.510	-	-
Q15	-	-	0.817	-	-
Q16	0.355	-.	0.658	-	-
Q17	-	-	0.837	-	-
Q18	-			0.601	-
Q19	-			0.536	-
Q20	0.357			0.597	-
Q21	-			0.558	-
Q22	0.728		-	-	-
Q23	0.903	-	-	0.443	-
Q24	0.879	-	-	-	-
Q25	0.866	-	-	-	-
Q26	0.913	-	-	-	-
Q27	0.801	-	-	-	-
Q28	0.818	-	-		-
Q29	0.905	-	-		-
Q30	0.892	-	-		-
الجذر الكامن قبل التدوير	16.051	2.641	1.924	1.298	1.174
الجذر الكامن بعد التدوير	5.959	5.855	4.749	3.526	3.000
النسبة المئوية للتباين المفسر	19.863	19.517	15.830	11.755	10.000

76.964	66.964	55.210	39.380	19.863	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

يتضح من الجدول السابق أنّه قد تمّ استخلاص خمسة عوامل من جميع العبارات المتعلقة وهي:

العامل الأول: تم تحميله بتسع عبارات هي: (22-23-24 -25-26-27 - 28-29) وهذا العامل يفسر نسبة (19.313%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثاني: تم تحميله باربع عبارات هي: (8-9-10-11) وهذا العامل يفسر نسبة (19.517%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثالث: تم تحميله بست عبارات هي: (12-13-14-15-16-17) وهذا العامل يفسر نسبة (15.830%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الرابع: تم تحميله بأربع عبارات فقط هما: (18-19-20-21) وهذا العامل يفسر نسبة (11.755%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الخامس: أيضاً تم تحميله بسبع عبارات هي: (1-2-3-4-5-6-7) ويفسر هذا العامل نسبة (10. %)من التباين الكلي للعبارات.

يمكن القول إن المقاييس المستخدمة في هذا البحث فيما يخص محور جودة الخدمة الطبية تتمتع جميعها بالصدق التجميعي Convergent Validity وذلك للأسباب التالية:

تحقّق شرطي استخدام التحليل العاملي الرئيسيين وهما:

أ- مقياس Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) والذي قيمته تساوي (0.909) وهو أكبر من الحد الأدنى المرغوب (0.70)، وهذا يدلّ على كفاية حجم العينة على نحو جيد، "علماً أن الحد غير المقبول هو أقل من (0.50)"[1].

ب- درجة المعنوية لاختبار Bartlett تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05)، أي يوجد ارتباطات معنوية على الأقل بين بعض المتغيرات، تكفي لاستخدام التحليل العاملي. والجدول رقم (4-5) يوضح نتائج اختبار KOM and Bartlett.

[1]Leech, L N et al, (2005), SPSS for intermediate statistics: use and interpretation, 2nd ED, Lawrence Erlbaum associates inc, New jersey, p245.

الجدول رقم (4-5) يوضح نتائج اختبار KOM and Bartlett

اختبار KMO	0.909	
اختبار Bartlett	كاي مربع	10559.876
	درجات الحرية	435
	المعنوية	.000

كانت تشبعات عبارات المقياس على كل عامل من العوامل الخمسة قوية، أي أكبر من حد القبول المناسب (0.35) لحجم عينة أكبر من (250) مفردة. كما أن كافة قيم الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن.

كانت نسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة (6.964%) وهي أكبر من "الحد الأدنى المقبول في البحوث الاجتماعية(60%)"[1]، وكافة نسب التباين التي يفسرها كل عامل من العوامل الخمسة تفوق 0.05% المطلوبة في العلوم الاجتماعية

2-3-2-4 اختبار صلاحية صدق مقياس جودة الخدمة الفندقية :

الجدول رقم(4-6): نتائج التحليل العاملي لمقياس جودة الخدمة الفندقية

عبارات المقياس	تشبعات العوامل				
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	العامل الخامس
Q1	0.888	-	-	-	-
Q2	0.922	-	-	-	-
Q3	0.944	-	-	-	-
Q4	0.892	-	-	-	-
Q5	0.723	-	-	-	-
Q6	0.889	-	-	-	-
Q7	0.787	-	-	-	-
Q8	-	0.819	-	-	-
Q9	-	0.863	-	-	-
Q10	-	0.835	-	-	-
Q11	-	0.813	-	-	-
Q12	-	0.836	-	-	-
Q13	-	-	-	0.863	-
Q14	-	-	-	0.795	-
Q15	-	-	-	0.825	-
Q16	-	-	-	0.826	-

1رزق الله، عايدة نخلة، مرجع سبق ذكره، ص348.

Q17	-	-	-	-	0.879
Q18	-	-	-	-	0.754
Q19	-	-	0.900	-	
Q20	-	-	0.883	-	-
Q21	-	-	0.824	-	-
Q22	-	-	0.801	-	-
الجذر الكـــامن قبل التدوير	9.147	3.606	2.100	1.883	1.018
الجذر الكـــامن بعد التدوير	5.959	4.046	3.294	.2.04	1.577
النسبة المئوية للتباين المفسر	25.605	18.392	14.974	14.564	7.167
النسبة المئوية التراكميـــــــة للتباين المفسر	25.605	43.997	58.971	73.535	80.702

الجدول رقم (4-7) يوضح نتائج اختبار KOM and Bartlett

اختبار KMO	.837	
	كاي مربع	3483.249
اختبار Bartlett	درجات الحرية	231
	المعنوية	.000

يمكن القول إن المقاييس المستخدمة في هذا البحث فيما يخص محور جودة الخدمة الفندقية تتمتع جميعها بالصدق ، حيث أن قيمة مقياس(KMO) هي (%837.) ،كما أن درجة المعنوية لاختبـــار Bartlett تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05)، أي يوجد ارتباطات معنوية على الأقل بـــين بعض المتغيرات، تكفي لاستخدام التحليل العاملي. كما كانت تشبعات عبارات المقياس علـــى كـل عامل من العوامل الخمسة قوية، أي أكبر من حد القبول المناسب (0.45) لحجـــم عينـــة تســـاوي (150) مفردة. كما أن كافة قيم الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحـــد محققـــة معيار الجذر الكامن.و كذلك كانت نسبة التباين المفسر بواســـطة العوامـــل المستخلصـــة مجتمعـــة (80.702%).

كما يتضح أيضا أنّه قد تمّ استخلاص خمسة عوامل من جميع العبارات المتعلقة وهي:

العامل الأول: تم تحميله بسبع عبارات هي: (1-2-3-4-5-6-7) وهذا العامل يفسر نسبة (25.605%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثاني: تم تحميله خمس عبارات هي: (8-9-10-11-12) وهذا العامل يفسر نسبة (18.392%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثالث: تم تحميله بأربع عبارات هي: (19-20-21-22) وهذا العامل يفسر نسبة (14.974%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الرابع: تم تحميله بأربع عبارات فقط هما: (13-14-15-16) وهذا العامل يفسر نسبة (14.564%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الخامس: أيضاً تم تحميله بعبارتين فقط هما: (17-18) ويفسر هذا العامل نسبة (7.167. %)من التباين الكلي للعبارات.

3-3-2-4 اختبار صلاحية صدق مقياس المنظمة المتعلمة (فيما يخص الأطباء) :

الجدول رقم(4-8): نتائج التحليل العاملي للمنظمة المتعلمة (فيما يخص الأطباء) –

عبارات المقياس	تشبعات العوامل				
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	العامل الخامس
Q1	-	0.661	-	-	-
Q2	-	0.784	-	-	-
Q3	0.478	0.680	-	-	-
Q4	0.421	0.551	-	-	-
Q5	-	0.668	-	-	-
Q6	-	-	-	-	0.680
Q7	-	-	-	-	0.615
Q8	-	-	-	-	0.566
Q9	-	-	-	-	0.701
Q10	-	-	0.543	-	-
Q11	-	-	0.412	-	-
Q12	-	-	0.649	-	-
Q13	-	-	0.626	-	-
Q14	-	-	0.764	-	-
Q15	0.632	-	-	-	-
Q16	0.774	-	-	-	-
Q17	0.755	-	-	-	-
Q18	0.458	-	-	-	-
Q19	-	-	-	0.619	-

Q20	-	-	-	0.739	-
Q21	-	-	-	0.681	-
Q22	-	-	-	0.672	-
Q23	-	-	-	0.774	-
الجذر الكامن قبل التدوير	10.118	1.859	1.393	1.132	1.016
الجذر الكامن بعد التدوير	5.959	4.046	3.294	1.989	1.377
النسبة المئوية للتباين المفسر	22.157	17.783	14.462	9.432	8.650
النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر	22.157	39.940	54.402	63.051	76.621

الجدول رقم (4-9) يوضح نتائج اختبار KOM and Bartlett

اختبار KMO	0.929	
	كاي مربع	3792.187
اختبار Bartlett	درجات الحرية	253
	المعنوية	.000

يمكن القول إن المقاييس المستخدمة في هذا البحث فيما يخص محور المنظمة المتعلقة بالأطباء تتمتع جميعها بالصدق ، حيث أن قيمة مقياس(KMO) هي (92.9%) ،كما أن درجة المعنوية لاختبار Bartlett تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05)،. كما كانت تشبعات عبارات المقياس على كل عامل من العوامل الخمسة مرتفعة، أي أكبر من حد القبول المناسب (0.35) لحجم عينة تساوي (278) مفردة. و كذلك كانت نسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة (76.621%).

كما يتضح أيضا أنّه قد تمّ استخلاص خمسة عوامل من جميع العبارات المتعلقة وهي:

العامل الأول: تم تحميله بأربع عبارات هي: (15-16-17-18) وهذا العامل يفسر نسبة (22.157%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثاني: تم تحميله خمس عبارات هي: (1-2-3-4-5) وهذا العامل يفسر نسبة (17.783%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثالث: تم تحميله بخمس عبارات هي: (10-11-12-13-14) وهذا العامل يفسر نسبة (14.974%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الرابع: تم تحميله بخمس عبارات فقط هي: (19-20-21-22-23) وهذا العامل يفسر نسبة (9.432%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الخامس: أيضاً تم تحميله بأربع عبارات فقط هي: (6-7-8-9) ويفسر هذا العامل نسبة (8.650%)من التباين الكلي للعبارات.

4-3-2-4 اختبار صلاحية صدق مقياس المنظمة المتعلمة (فيما يخص العاملين بالفنادق) :

-الجدول رقم(4-10): نتائج التحليل العاملي للمنظمة المتعلمة (فيما يخص العاملي بالفنادق) -

عبارات المقياس	تشعات العوامل				
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع	العامل الخامس
Q1	0.769	-	-	-	-
Q2	0.769	-	-	-	-
Q3	0.767	-	-	-	-
Q4	0.580	-	-	-	-
Q5	0.511	-	-	-	-
Q6	-	-	0.552	-	
Q7	-	-	0.630	-	
Q8	-	-	0.787	-	
Q9	-	-	0.606	-	
Q10	-	0.509		-	-
Q11	-	0.681		-	-
Q12	-	0.667		-	-
Q13	-	0.877		-	-
Q14	-	0.749		-	-
Q15	-	-	-	-	0.682
Q16	-	-	-	-	0.626
Q17	-	-	-	-	0.598
Q18	-	-	-	-	0.734
Q19	-	-	-	0.739	-
Q20	-	-	-	0.777	-
Q21	-	-	-	0.652	-
Q22	-	-	-	0.784	-
Q23	-	-	-	0.792	-
الجذر الكامن قبل التدوير	2.284	1.850	1.617	1.319	1.017
الجذر الكامن بعد التدوير	9.929	8.045	7.032	6.800	5.736
النسبة المئوية للتباين المفسر	14.567	12.136	9.017	8.918	7.775
النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر	14.567	26.702	44.637	61.160	72.935

الجدول رقم (4–11) يوضح نتائج اختبار KOM and Bartlett

اختبار KMO	.759	
	كاي مربع	1513.020
اختبار Bartlett	درجات الحرية	253
	المعنوية	.000

يمكن القول إن المقاييس المستخدمة في هذا البحث فيما يخص محور المنظمة المتعلقة بالعاملين بالفنادق تتمتع جميعها بالصدق ، حيث أن قيمة مقياس(KMO) هي (75.9.%) ،كما أن درجة المعنوية لاختبار Bartlett تساوي (0.000)، وهي أقل من (0.05). كما كانت تشبعات عبارات المقياس على كل عامل من العوامل الخمسة مرتفعة، أي أكبر من حد القبول المناسب (0.45) لحجم عينة تساوي (150) مفردة. و كذلك كانت نسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة (72.935%).

كما يتضح أيضا أنّه قد تمّ استخلاص خمسة عوامل من جميع العبارات المتعلقة وهي:

العامل الأول: تم تحميله بخمس عبارات هي: (1-2-3-4-5) وهذا العامل يفسر نسبة (14.567%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثاني: تم تحميله خمس عبارات هي: (10-11-12-13-14) وهذا العامل يفسر نسبة (12.136%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الثالث: تم تحميله بأربع عبارات هي: (6-7-8-9) وهذا العامل يفسر نسبة (9.017%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الرابع: تم تحميله بخمس عبارات فقط هي: (19-20-21-22-23) وهذا العامل يفسر نسبة (8.918%) من التباين الكلي للعبارات.

العامل الخامس: أيضاً تم تحميله بأربع عبارات فقط هي: (15-16-17-18) ويفسر هذا العامل نسبة (7.775%) من التباين الكلي للعبارات.

3-4 التوصيف والتحليل للمتغيرات الديموغرافية لعينة البحث :

تضمنت عينة البحث ثلاث عينات فرعية هي عينة الأطباء– عينة العاملين بالفنادق –عينة العملاء وقامت الباحثة بتوصيف البيانات الديموغرافية لكل عينة على حدى كما يلي:

1-3-4 توزيع مفردات عينة الأطباء وفقاً للمتغيرات الديموغرافية:

قامت الباحثة بتحليل البيانات الشخصية التي تم الحصول عليها من قوائم الاستقصاء، وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الشخصية (النوع– سنوات الخبرة – العمر)

ويوضح الجدول رقم (4-12) توزيع مفردات عينة الأطباء طبقاً للمتغيرات الديموغرافية والبالغ حجمها 278 مفردة.

جدول رقم (4-12) – توزيع مفردات عينة الأطباء طبقاً للمتغيرات الديموغرافية –

عينة الأطباء			
المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	157	%56.5
	أنثى	121	%43.5
سنوات الخبرة سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	2	%0.7
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	36	%12.9
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	96	%34.6
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	129	%46.4
	20 سنة فأكثر	15	%5.4
العمر	من 20 إلى أقل من 30 سنة	33	%11.9
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	96	%34.5
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	124	%44.6
	من 50 إلى أقل من 60 سنة	25	%9

حيث يبين لنا الجدول السابق ما يلي:

1- من حيث النوع: بلغ عدد الذكور في العينة (157) بينما بلغ عدد الإناث (121) وبذلك تكون نسبة الذكور من إجمالي عدد العينة الكلي (56.5%) ونسبة الإناث (43.5%) و ترى الباحثة أن التمثيل السابق مماثل نوعا" ما لمجتمع البحث.

2– من حيث الخبرة: إن أغلب أفراد العينة هم من الأطباء الذين زادت خبـرتهم عـن العشـر سنوات وبالتالي هم من الأطباء ذوي الخبرة والتجربة، الذين تكونت لديهم مدركات وردود أفعال

في تعاملهم مع كل المواقف،وتبلورت سلوكياتهم مما يمكنهم من الإجابة بصدق والأمانة على أسئلة الاستبيان .

3- من حيث العمر: إن أغلب أطباء العينة هم من الفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم بين 30-50 سنة وهو عمر النضج الفكري والطموح والرغبة في تبني كل ما هو جديد وتحقيق الذات.

2-3-4 توزيع مفردات عينة العاملين في الفنادق وفقاً للمتغيرات الديموغرافية:

قامت الباحثة بتحليل البيانات الشخصية الخاصة بالعاملين بالفنادق، وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الشخصية (النوع- المؤهل الدراسي-سنوات الخبرة – العمر) ويوضح الجدول رقم (4-13) توزيع مفردات عينة العاملين بالفنادق طبقاً لمتغيراتهم الديموغرافية والبالغ حجمها 150 مفردة.

- جدول رقم (4 - 13) توزيع مفردات عينة العاملين بالفنادق طبقاً لمتغيراتهم الديموغرافية -

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	81	54
	أنثى	69	46
المؤهل العلمي	ثانية عامة	36	24
	تعليم متوسط	58	38.7
	تعليم جامعي	52	34.7
	تعليم أعلى من الجامعي	4	2.6
سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	35	23.3
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	71	47.4
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	35	23.3
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	9	6
العمر	أقل من 20	4	2.7
	من 20 إلى أقل من 30 سنة	69	46
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	61	40.7
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	15	10
	من 50 إلى أقل من 60 سنة	1	0.6

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- من حيث النوع: بلغ عدد الذكور في العينة (81) بينما بلغ عدد الإناث (69) وبذلك تكون نسبة الذكور من إجمالي عدد العينة الكلي (54%) ونسبة الإناث (46%) و ترى الباحثة أن هذا التمثيل يقارب واقع عمل المرأة في الفنادق الخمس والأربع نجوم .

2- من حيث المؤهل العلمي:إن غالبية أفراد العينة من الحاصلين على تعليم جامعي أو متوسط ، وبالتالي فهم يملكون الوعي والقدرة تمكنهم من الإجابة على أسئلة الاستبيان.

3- من حيث الخبرة:إن غالبية أفراد العينة ممن تزيد خبرتهم على الخمس سنوات وبالتالي فهم يملكون الإدراك التام بأساليب العمل في الفنادق و تبلورت سلوكياتهم مما يؤهلهم للاجابة على أسئلة الاستبيان.

4-3- 3 توزيع مفردات عينة العملاء وفقاً للمتغيرات اليموغرافية:

قامت الباحثة بتحليل البيانات الشخصية التي تم الحصول عليها من قوائم الاستبيان، وذلك من خلال حساب التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الشخصية (النوع- الجنسية - الهدف من الزيارة- العمر - الدخل - تكرار المعالجة - نصح الأقارب بتلقي المعالجة في سورية) ويوضح الجدول رقم (4-14) توزيع مفردات عينة العملاء طبقاً للمتغيرات الديموغرافية والبالغ حجمها 278 مفردة.

جدول رقم (4 - 14) توزيع مفردات عينة العملاء طبقاً لمتغيراتهم الديموغرافية -

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	109	%39.2
	أنثى	169	%60.8
الجنسية	عراقية	68	%24.5
	مغترب	123	%44.3
	خليجية	50	%17.9
	أجنبية	37	%13.3
العمر	من 18 إلى 34	84	%30.4
	من 35 إلى 50	160	%57.7
	أكبر من 50	33	%11.9
الدخل	من 1000 إلى 2000	197	%30.4

	يورو		
	من 2000 إلى 3000 يورو	53	%57.7
	من 3000 إلى 4000 يورو	16	%11.9
	لم يجيب	12	-
الهدف من الزيارة	السياحة وتلقي المعالجة التجميلية	114	%41
	-تلقي المعالجة التجميلية وانجاز بعض الأعمال التجارية	30	%10.9
	-زيارة الأقارب و تلقي المعالجة التجميلية	126	%45.3
	-أسباب أخرى	8	%2.8
تكرار المعالجة	نعم	150	%54
	لا	101	%36.3
	ربما	27	%9.7
نصح الأقارب بتلقي المعالجة في سورية	نعم	140	50.3
	لا	112	%40.3
	ربما	26	%9.4

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- من حيث النوع: بلغ عدد الذكور في العينة (109) بينما بلغ عدد الإناث (169) وبذلك تكون نسبة الذكور من إجمالي عدد العينة الكلي (39.2%) ونسبة الإناث (60.8%).
وبالتالي يتفوق عدد الإناث على عدد الذكور ، وقد بعود ذلك إلى أن أغلب المعالجات الطبية هي من النوع التجميلي و الإناث أكثر توقا" إلى الكمال من الذكور.

2- من حيث الجنسية : بلغ عدد العملاء الأجانب من الجنسية العراقية غير المقيمين في سوريا حوالي(68) بنسبة 24.5% من إجمالي حجم العينة و ذلك كنتيجة طبيعية لأثار لاحتلال الأميركي للعراق حيث أصيبت نسبة كبيرة منهم بالتشوهات والعاهات وقدمت إلى سوريا

للمعالجة كما هناك نسبة أخرى لابأس بها تعيش في الدول الأوربية وجاءت لسوريا لاجراء بعض العمليات التجميلية كعمليات الليزك و المعالجة السنية في طريق عودتها لزيارة البلد الأم العراق،كما بلغ عدد العملاء المغتربين من أصل سوري حوالي(123) بنسبة 44.3% من إجمالي حجم العينة حيث أن هناك عدد كبير من مغتربين من الجيل الأول والثاني والثالث يعيش في الخارج ، و الذين تطبعوا بطبع بلاد الغربة و ينتهزون فرصة زيارتهم لبلدهم الأم سوريا لإجراء العمليات التجميلية والمعالجات السنية ، كما بلغ عدد المرضى الخليجيين حوالي(50) بنسبة 17.9%من إجمالي حجم العينة و الذين يصطافون في المناطق السياحية السورية و يقومون ببعض المعالجات التجميلية، وبلغ عدد العملاء الأجانب من الجنسية الأوربية حوالي(37) بنسبة 13.3%من إجمالي حجم العينة.

3- من حيث الهدف من الزيارة: بلغ عدد العملاء الذين قدموا لسوريا بهدف السياحة و تلقي المعالجة التجميلية حوالي (114) بنسبة (41%) من إجمالي حجم العينة منهم عراقيين و خليجيين وبعض الأوربيين ، كما بلغ عدد العملاء الذين قدموا لسوريا بهدف زيارة الأقارب وتلقي المعالجة التجميلية حوالي (126) بنسبة 45.3% من إجمالي حجم العينة، كما بلغ عدد العملاء الذين قدموا لسوريا لأسباب تجارية حوالي (30) بنسبة 10.9% من إجمالي حجم العينة غالبيتهم من الأتراك كنتيجة للتبادل التجاري بين تركيا وسوريا ، بلغ عدد العملاء الذين قدموا لسوريا لأسباب أخرى حوالي 8 بنسبة 2.8%.

4- من حيث العمر : إن النسبة الأكبر من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين 34 و 54 سنة . وهي الفئة العمرية التي ترغب بالتجديد، و اللحاق بالموضة و ترميم ما أفسده الزمن.

5- من حيث الدخل : إن الفئة العظمى من أفراد العينة هم من ذوات الدخول المنخفضة من 1000 إلى 2000 يورو.أي أن السبب الرئيسي لقيامهم بالقدوم إلى سوريا للمعالجة هو فارق الكلفة .

6- من حيث الرغبة في تكرار المعالجة : بلغ عدد العملاء الذين أبدوا رغبتهم في تكرار تلقي المعالجة التجميلية في سوريا حوالي 150 بنسبة 54%، بينما أجاب حوالي 27 ب (ربما) بنسبة 9.7% أي أن غالبية العينة تبدي رغبتها في إعادة تلقي المعالجة في سوريا .

7- من حيث نصح الآخرين في تلقي المعالجة التجميلية في سوريا : بلغ عدد العملاء الذين أبدوا رغبتهم في نصح أقربائهم ومعارفهم لتلقي المعالجة التجميلية في سوريا حوالي 140 بنسبة 50.3%، بينما أجاب حوالي 26 ب (ربما) بنسبة 9.4%أي غالبية العينة تبدي رغبتها في توصية أقربائها ومعارفها بتلقي المعالجة في سوريا .

4-4 التوصيف الإحصائي لمتغيرات البحث :

قامت الباحثة بعرض الإحصاءات الوصفية (الوسط الحسابي والانحراف المعياري و الأهمية النسبية) لجميع متغيرات الدراسة عدا المتغيرات الديموغرافية.

1-4-4 الإحصاءات الوصفية للمنظمة المتعلمة :

1-1-4-4 الإحصاءات الوصفية للمنظمة المتعلمة على مستوى عينة الأطباء:

يوضح الجدول رقم (4 -15) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة .

جدول رقم (4 -15)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية

لكل بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة بالنسبة لعينة الأطباء

العبارات	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
الإجادة الشخصية	278	3.35	0.544	%67
الرؤية المشتركة	278	2.73	0.622	%54.6
أنظمة التفكير	278	2.87	0.564	%57.4
النماذج العقلية	278	3.25	0.592	%65
تعلم العمل كفريق.	278	3.05	0.633	%61

و عند ترتيب أبعاد المنظمة المتعلمة الأهمية النسبية نجد:

-جدول رقم (4 -16) ترتيب أبعاد المنظمة المتعلمة حسب الأهمية النسبية-

البعد	الوسط الحسابي	الأهمية النسبية
الإجادة الشخصية	3.35	%67
النماذج العقلية	3.25	%65
تعلم العمل كفريق.	3.05	%61
أنظمة التفكير	2.87	%57.4
الرؤية المشتركة	2.73	%54.6

إن الجدول السابق يبين لنا ما يلي:

1 – إن كافة المتوسطات الحسابية لأبعاد المنظمة المتعلمة تتراوح من (2.73) إلى (3.35) وبالتالي فهي ذات درجة متوسطة ، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الكساسبة وآخرون،2010)[1] من حيث أن مستوى تطبيق المنظمة المتعلمة كان متوسطا". في حين تتعارض مع نتيجة دراسة (Bierema & Berdish ,1999)[2] التي توصلت إلى أن مستويات التطوير الذاتي والعمل الجماعي واستخدام أسلوب التفكير النظمي هي مرتفعة.

2– إن ترتيب أبعاد المنظمة حسب الأهمية النسبية من حيث الأكثر إدراكا" من قبل الأطباء إلى الأقل إدراكا" لهذه الأبعاد هو كما يلي : الإجادة الشخصية– النماذج العقلية– تعلم العمل كفريق– أنظمة التفكير– وأخيرا" الرؤية المشتركة.

3 –إن بعد الإجادة الشخصية هو الأكثر إدراكا" من قبل الأطباء ، و هو ذو أهمية نسبية مرتفعة تصل إلى 67% وهذا يعود إلى أن مجال الطب هو مجال واسع و دائم التطور و التحديث وبالتالي لابد من امتلاك الأطباء لمستوى عال من المهارة والكفاءة ويتطلب تحقيقه الالتزام بالتعلم مدى الحياة و مطالعة هو كل ما جديد وحديث في مجال الطبي و السعي للتطوير الذاتي لمواكبة كافة التغييرات التقنية والتكنولوجية والطبية مما ينتج عنه فرد متميز متمكن من مهاراته وقدراته.

4– إن البعد التالي وذو أهمية نسبية مرتفعة أيضا" هو بعد النماذج العقلية والذي يعكس الرؤية الداخلية للفرد حول نفسه والآخرين وحول عمله، وبالتالي فان جو العمل الذي يتميز بالانفتاح والمرونة والثقة المتبادلة وتدفق الأفكار الايجابية بين الزملاء في العمل يساعد على تغيير النماذج الفكرية للأفراد ويساعدهم على التعلم و يتيح الفرصة لهم لانجاز مهامهم بطرق جديدة .

5 – للأسف تنخفض الأهمية النسبية لمدركات الأطباء لبعدي التفكير النظمي والرؤية المشتركة حيث يعتمد أغلب الأطباء على التفكير الحدسي و يبتعدون عن التفكير نظمي كما تغيب لديهم رؤية مشتركة واضحة بسبب عدم وجود تشجيع لتكوين هذه الرؤية من قبل قيادات وإدارات المشافي التي يعملون بها بالإضافة إلى انتشار المركزية والروتين.

6– إن الأهمية النسبية لمدركات الأطباء لبعد تعلم العمل كفريق متوسطة نوعا" ، وقد يعود ذلك إلى غياب الرؤية المشتركة التي تدعم استراتيجيات العمل المشترك وتشجع الحوار والتواصل

[1] (الكساسبة وآخرون،2010). دور وظائف إدارة الموارد البشرية في المنظمة المتعلمة: دراسة حالة على مجموعة شركات طلال أبو غزالة في الأردن ، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 6، العدد1، 2010

[2] Bierema ,L & Bierdish ,k (1999) ."Greating a Learning Organization :A case study of outcomes and Lessons Learned " , Performance Improvement ,Vol.(38),(No.4)

وحل المشكلات بصورة جماعية ، بالإضافة إلى انتشار روح التنافس و الصراع بين بعض الأطباء مما يفرض قيود على العمل الجماعي وتبادل الخبرات والمعارف.

2-1-4-4 الإحصاءات الوصفية للمنظمة المتعلمة على مستوى عينة العاملين بالفنادق

يوضح الجدول رقم (4 -17) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة .

جدول رقم (4 -17)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية

لكل بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة بالنسبة لعينة العاملين بالفنادق

العبارات	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
الإجادة الشخصية	150	2.99	0.613	%59.8
الرؤية المشتركة	150	2.31	0.569	%46.2
أنظمة التفكير	150	2.42	0.546	%48.4
النماذج العقلية	150	2.52	0.559	%50.4
تعلم العمل كفريق.	150	2.09	0.560	%41.8

و عند ترتيب أبعاد المنظمة المتعلمة الأهمية النسبية نجد:

-جدول رقم (4 -18) ترتيب أبعاد المنظمة المتعلمة حسب الأهمية النسبية-

البعد	الوسط الحسابي	الأهمية النسبية
الإجادة الشخصية	2.99	%59.8
النماذج العقلية	2.52	%50.4
أنظمة التفكير	2.42	%48.4
الرؤية المشتركة	2.31	%46.2
تعلم العمل كفريق	2.09	%41.8

إن الجدول السابق يبين لنا ما يلي:

1- إن متوسط مدركات العاملين بالفنادق لبعد الإجادة الشخصية بلغ حوالي (2.99) وبالتالي هو ذو درجة متوسطة ، بينما المتوسطات الحسابية لبقية الأبعاد فهي تتراوح من(2.09) إلى (

2.52) وبالتالي هو ذو درجة منخفضة. وتتفق هذه النتيجة جزئيا" مع دراسة (Howe , 2005)[1] ;التي توصلت إلى أن مستوى ممارسة بعدا (الاجادة الشخصية –التفكير النظمي) كان منخفضا"،وتتعارض جزئيا"من حيث أن ممارسة الأبعاد (النماذج العقلية ، الرؤية المشتركة ، تعلم العمل كفريق) كان مرتفعا".

2 - إن ترتيب أبعاد المنظمة حسب الأهمية النسبية من حيث الأكثر إدراكا" من قبل العاملين بالفنادق إلى الأقل إدراكا" لهذه الأبعاد هو كما يلي : الإجادة الشخصية– النماذج العقلية– أنظمة التفكير – الرؤية المشتركة – وأخيرا" تعلم العمل كفريق.

3- إن بعد الإجادة الشخصية هو الأكثر إدراكا" من قبل العاملين بالفنادق، وهو ذو أهمية نسبية مرتفعة تصل إلى 59.8% مقارنة ببقية الأبعاد.حيث أغلب عينة البحث بالنسبة للعاملين بالفنادق هي من الفئة الشابة التي يتوفر لديها الرغبة والطموح لتعلم كل ما هو جديد وتطوير مهارتها وقدراتها.

4 – إن بعد تعلم العمل كفريق هو أكثر الأبعاد انخفاضا"من حيث الأهمية النسبية مما يدل على مستوى منخفض للتعاون الجماعي بين العاملين في الفنادق ،و قد يعود ذلك إلى معدل دوران العمل المرتفع الذي يتسم به العاملون بالفنادق بسبب اعتماد الإدارات فيها بشكل كبير على العمالة المؤقتة. كما أن أجواء العمل لا تتميز بالانفتاح والصراحة والوضوح. بالإضافة إلى زيادة المهام والأعمال المطلوبة من هؤلاء العاملين.

5- إن المتوسطات الحسابية لمدركات العاملين بالفنادق لبعد النماذج العقلية والرؤية المشتركة وأنظمة التفكير تقع في درجة منخفضة، مما يدل على غياب القيادة الواعية التي تشجع العاملين على تحمل المسؤولية عند حدوث الأخطاء والتعلم منها، والاهتمام بنشاطات التعلم الداعمة لمهارات التفكير الابتكاري ، بالإضافة إلى غياب نظام معلوماتي يعتمد على تبادل المعلومات والآراء فيما بينهم، وعدم توفر رؤية مشتركة بين الإدارة والموظفين لانجاز المهام.

2-4-4 الإحصاءات الوصفية لجودة الخدمة:

1-2-4-4 الإحصاءات الوصفية لجودة الخدمة الطبية:

يوضح الجدول رقم (4 -19) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الطبية .

---

[1] Howe ,S,N, (2005). Learning Organization discipline and their impact on a high- technology company ' s adaptive capacity ,M .A ., leadership and training ,Royal Roads University ,2005),pp; 1-145.

جدول رقم (4 -19)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية

لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الطبية

العبارات	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
الاعتمادية	278	3.60	0.516	%72
الاستجابة	278	3.30	0.471	%66
الأمان	278	3.28	0.541	%65.6
التعاطف	278	3.20	0.538	%64
الملموسية	278	3.37	0.522	%67.4

و عند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب الأهمية النسبية نجد:

-جدول رقم (4 -20) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب الأهمية النسبية-

العبارات	الوسط الحسابي	الأهمية النسبية
الاعتمادية	3.60	%72
الملموسية	3.37	%67.4
الاستجابة	3.30	%66
الأمان	3.28	%65.6
التعاطف	3.20	%64

إن الجدول السابق يبين لنا ما يلي:

1- إن متوسط مدركات العملاء لبعد الاعتمادية يبلغ حوالي (3.60) وبالتالي هو ذو درجة مرتفعة، بينما المتوسطات الحسابية لبقية الأبعاد فهي تتراوح من(3.37) إلى (3.20) وبالتالي فهي ذات درجة متوسطة.وتتعارض نتائج هذه الدراسة دراسة (عبود و آخرون ، 2009)[1] ، ودراسة (Yang et al،2008)[2] التي وجدت أن مستوى الخدمة الطبية كان منخفضا".

---

[1] عبود ، علي سكر ، و آخرون (2009)، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي" ، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية ـــــــ المجلد 11 العدد 3 لسنة 2009، ص 52- 65

[2] Yang,K et al (2008) , study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital" . Total Quality Management & Business Excellence, Volume 19, Issue 11 November 2008 , pages 1155 - 1171

2-إن ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب الأهمية النسبية من حيث الأكثر إدراكا" من قبل المرضى إلى الأقل إدراكا" لهذه الأبعاد هو كما يلي: الاعتمادية- الملموسية -الاستجابة - الأمان- التعاطف.

3- إن بعد الاعتمادية هو الأكثر إدراكا" من قبل المرضى، وهو ذو أهمية نسبية مرتفعة تصل إلى 72% ، حيث يتم التواصل بين عدد لابأس به من المرضى والأطباء من خلال الفاكس والتليفون والانترنت كما يشعر بعض المرضى بعلاقة صداقة وثقة تربطهم بالأطباء الذين يعالجوهم حيث يقوم أغلب الأطباء باستقبال المرضى من المطار وتأمين الموصلات لهم وحجز الغرف لهم في الفنادق أو الشقق المفروشة.و بالتالي يؤمن هؤلاء المرضى بقدرة الطبيب على أداء الخدمة الطبية التي وعد بها على درجة عالية من الدقة والصحة.

4 - إن البعد التالي وذو أهمية نسبية مرتفعة أيضا" هو بعد الملموسية حيث تبلغ 67.4% ، حيث أن أغلب المراكز الطبية عينة الدراسة يتوفر لديها أجهزة التقنية والتكنولوجية الحديثة نسبيا"،وتتمتع بمواقف يسهل الوصول إليه، و بتوافر أماكن مريحة للانتظار ومظهر داخلي مقبول .

5- إن بعد التعاطف هو الأقل إدراكا" من قبل المرضى، و بالتالي يشعر بعض المرضى بأن الطبيب لا يتفهم كل مشاعرهم ورغباتهم ولا يبذل كل ما في وسعه للتخفيف من مخاوفهم وهواجسهم، وقد يعود ذلك إلى الضغوط التي يتعرض لها الطبيب في عمله في المشفى و العيادة وبالتالي لايملك الوقت الكافي لاستماع إلى شكاوي وهواجس كل مريض على حدى.

2-2-4-4 الإحصاءات الوصفية لجودة الخدمة الفندقية :

يوضح الجدول رقم (4 -21) الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الفندقية .

جدول رقم (4 -21)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والأهمية النسبية

لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الفندقية

العبارات	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية
الملموسية	150	2.63	0.758	% 52.6
الاعتمادية	150	2.32	0.591	% 46.4
الاستجابة	150	2.54	0.666	% 50.8
التعاطف	150	2.28	0.630	%45.6
الأمان	150	2.40	0.649	% 48

و عند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب الأهمية النسبية نجد:

-جدول رقم (4 -22) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب الأهمية النسبية-

العبارات	الوسط الحسابي	الأهمية النسبية
الملموسية	2.63	% 52.6
الاستجابة	2.54	% 50.8
الأمان	2.40	% 48
الاعتمادية	2.32	% 46.4
التعاطف	2.28	%45.6

إن الجدول السابق يبين لنا ما يلي:

1-إن متوسط مدركات العملاء بالفنادق لبعد الملموسية بلغ حوالي (2.63) وبالتالي هو ذو درجة متوسطة، بينما المتوسطات الحسابية لبقية الأبعاد فهي تتراوح من(2.28) إلى (2.54) وبالتالي هي ذي درجة منخفضة.و تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (معلا والطائي،2003)[1] من أن تقييم السياح لجودة الخدمات الفندقية كان سلبيا"، ولكنها تتعارض مع نتائج دراسة الشورة (2003)[2] من أن تقييم النزلاء لجودة الخدمات الفندقية في الفنادق خمس النجوم كان مرتفعا".

2- إن ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب الأهمية النسبية من حيث الأكثر إدراكا" من قبل العملاء إلى الأقل إدراكا" لهذه الأبعاد هو كما يلي : الملموسية- الاستجابة- الأمان- الاعتمادية - وأخيرا" التعاطف.

3- إن بعد الملموسية هو الأكثر إدراكا" من قبل ، وهو ذو أهمية نسبية مرتفعة تصل إلى 52.6% مقارنة ببقية الأبعاد ، قد يعود ذلك إلى أن عينة الفنادق التي قامت عليها الدراسة هي من فئة خمسة وأربعة نجوم ، بالرغم من تأكيد العديد من العملاء للباحثة من خلال المقابلات الشخصية أن بعد الملموسية جيد إلا أن الخدمة لاترقى إلى مستوى الخدمة الفندقية في الخارج مقارنة بالتكلفة .

---

[1] معلا ، ناجي،والطائي حميد (2003) . " تقييم السياح العرب لجودة الخدمات الفندقية التي تقدمها الفنادق العاملة في الأردن ،(دراسة تحليلية ميدانية)"، مجلة الدراسات ، العلوم الإدارية، مجلد (30).

[2]الشورة ، محمد سليم ، (2004) ، قياس جودة الخدمات في الفنادق ذات الخمس نجوم في عمان – الأردن ، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية ، 2004 ، المجلد السابع ، العدد الأول .

4- إن بعد التعاطف هو الأقل إدراكا" من قبل النزلاء، وبالتالي لايشعر العملاء بـأنهم يلقـون اهتماما" خاصا" من قبل الموظفين ، وأن الفندق يضع مصلحة نزلائه فـي مقدمـة اهتماماتـه وأولوياته .

5-4 اختبار فروض البحث:

5-4 -1 اختبار صحة الفرض الأول:

لاختبار صحة الفروض تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

✓ **معامل الارتباط البسيط بيرسون Pearson Correlation**: وذلك للتعرف على قـوة واتجاه ومعنوية العلاقة بين المتغيرات. وكلما اقتربت قيمة معامل الارتباط من الواحد الصـحيح كلما دلّ ذلك على قوة الارتباط بين المتغيرين، كما تدل الإشارة الموجبة على أن العلاقة طردية وتدل الإشارة السالبة على أن العلاقة عكسية.

✓ **تحليل الانحدار المتعدد**: Multiple Regression Analysis: ويقصد بالانحدار المتعدد وجود أكثر من متغير مستقل يؤثر في متغير تابع، ويكمن الهدف فـي معرفـة أي المتغيـرات المستقلة لها تأثير معنوي حقيقي على المتغير التابع، ومعرفة التأثير النسبي لكـل متغيـر مـن المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، بالإضافة إلى معرفة مقدرة النموذج على تفسير التغيرات التي تحدث في المتغير التابع.

وقد تـم اسـتخدام اختبـار معامـل بيرسـون وتحليـل الانحـدار المتعـدد عنـد مسـتوى معنوية Significance Level 5%.

5-4 -1-1 اختبار العلاقة بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمة الطبية :

يوضح الجدول رقم (4-23) معاملات الارتباط بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمة الطبية:

الجدول رقم (4-23) معاملات الارتباط بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمة الطبية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد الاجادة الشخصية	الدلالة المعنوية
الاعتمادية	278	0.473	.000
الاستجابة	278	0.517	.000
الأمان	278	0.467	.000
التعاطف	278	0.506	.000
الملموسية	278	0.300	.000

(*) ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد الإجادة الشخصية نجد:

-الجدول رقم (4-24) **ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد الإجادة الشخصية**

العبارات	معامل الارتباط مع بعد الإجادة الشخصية
الاستجابة	0.517
التعاطف	0.506
الاعتمادية	0.473
الأمان	0.467
الملموسية	0.300

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد الإجادة الشخصية وبين أبعاد جودة الخدمة الطبية.

2 -إن معامل الارتباط لبعد الإجادة الشخصية مع الملموسية يبلغ حوالي (**300.**) فهو ضعيف الشدة، أما معاملات الارتباط لبقية أبعاد جودة الخدمة الطبية مع بعد الإجادة الشخصية فهي تتراوح من(0.467) إلى (0.517) وبالتالي فهي متوسطة الشدة .

3- إن بعد الاستجابة هو ذات معامل الارتباط الأقوى مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان قيام الطبيب بتنمية مهاراته وقدراته على التعلم والتطلع لكل ما هو جديد و مبدع في مجال تخصصه يلعب دورا" هاما" في تمكينه من التعامل بمرونة مع المرضى والاستجابة لطلباتهم بإخلاص وتفان.

5-4 -1-2 اختبار العلاقة بين بعد الرؤية المشتركة وأبعاد جودة الخدمة الطبية :

يوضح الجدول رقم (4-25) معاملات الارتباط بين بعد الرؤية المشتركة وأبعاد جودة الخدمة الطبية:

الجدول رقم (4-25) معاملات الارتباط بين بعد الرؤية المشتركة وأبعاد جودة الخدمة الطبية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد الرؤية المشتركة	الدلالة المعنوية
الاعتمادية	278	0.319	.000
الاستجابة	278	0.325	.000
الأمان	278	0.267	.000
التعاطف	278	0.331	.000
الملموسية	278	0.248	.000

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد الرؤية المشتركة نجد:

الجدول رقم (4-26) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد الرؤية المشتركة

العبارات	معامل الارتباط مع بعد الرؤية المشتركة
التعاطف	0.331
الاستجابة	0.325
الاعتمادية	0.319
الأمان	0.267
الملموسية	0.248

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد الرؤية المشتركة وبين أبعاد جودة الخدمة الطبية.

2 – إن معاملات الارتباط لأبعاد جودة الخدمة الطبية مع بعد الرؤية المشتركة فهي تتراوح من(0.331) إلى (0.248) وبالتالي فهي ضعيفة الشدة .

3- إن بعد التعاطف هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان توافر الإدارة الواعية القادرة على خلق الرؤية المشتركة القائمة على مبدأ العطاء والأهداف النبيلة وحفز الأفراد على التعلم من خبراتهم وتجاربهم تساهم جزئيا" في تحسين قدرة الأطباء على تفهم حاجات مرضاهم النفسية والعلاجية و تزويدهم بالرعاية والعناية المناسبة.

5-4 -1-3 اختبار العلاقة بين بعد النماذج العقلية وأبعاد جودة الخدمة الطبية :

يوضح الجدول رقم (4-27) معاملات الارتباط بين بعد النماذج العقلية وأبعاد جودة الخدمة الطبية:

الجدول رقم (4-27) معاملات الارتباط بين بعد النماذج العقلية وأبعاد جودة الخدمة الطبية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد النماذج العقلية	الدلالة المعنوية
الاعتمادية	278	0.350	.000
الاستجابة	278	0.341	.000
الأمان	278	0.330	.000
التعاطف	278	0.380	.000
الملموسية	278	0.274	.000

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معاملات ارتباطها ببعد النماذج العقلية نجد:

الجدول رقم (4-28) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد النماذج العقلية

العبارات	معامل الارتباط مع بعد النماذج العقلية
التعاطف	0.380
الاعتمادية	0.350
الاستجابة	0.341
الأمان	0.330
الملموسية	0.274

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد النماذج العقلية وبين أبعاد جودة الخدمة الطبية.

2 – إن معاملات الارتباط لأبعاد جودة الخدمة الطبية مع بعد النماذج العقلية فهي تتراوح من(0.380) إلى (0.274) وبالتالي فهي ضعيفة الشدة .

3- إن بعد التعاطف هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان توافر الإدارة الواعية القادرة على تغيير أساليب التفكير للأفراد وتتيح لهم الفرص لتعلم انجاز مهامهم بطرق جديدة ، و تنشر جو من المرونة والانفتاح والثقة المتبادلة في العمل ،فان ذلك يساهم ولو بجزء بسيط في توجيه الأطباء نحو تفهم حاجات ورغبات مرضاهم بشكل أفضل .

4-1-5 -4 اختبار العلاقة بين بعد أنظمة التفكير وأبعاد جودة الخدمة الطبية :

يوضح الجدول رقم (4-29) معاملات الارتباط بين بعد أنظمة التفكير وأبعاد جودة الخدمة الطبية:

الجدول رقم (4-29) معاملات الارتباط بين بعد أنظمة التفكير وأبعاد جودة الخدمة الطبية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد أنظمة التفكير	الدلالة المعنوية
الاعتمادية	278	0.315	.000
الاستجابة	278	0.350	.000
الأمان	278	0.316	.000
التعاطف	278	0.346	.000
الملموسية	278	0.190	.000

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معاملات ارتباطها ببعد أنظمة التفكير نجد:

الجدول رقم (4-30) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد أنظمة التفكير

العبارات	معامل الارتباط مع بعد أنظمة التفكير
الاستجابة	0.350
التعاطف	0.346
الأمان	0.316
الاعتمادية	0.315
الملموسية	0.190

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد أنظمة التفكير وبين أبعاد جودة الخدمة الطبية.

2 – إن معاملات الارتباط لأبعاد جودة الخدمة الطبية مع بعد أنظمة التفكير فهي تتراوح من(0.190) إلى (0.350) وبالتالي فهي ضعيفة الشدة .

3- إن بعد الاستجابة هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان توافر الإدارة الواعية التي تشجع أفرادها على الاهتمام بنشاطات التعلم الداعمة لمهارات التفكير الابتكاري والربط بين كافة جوانب العمل والوقوف على الأسباب للتوصل إلى الحلول ،فان ذلك يساهم ولو بجزء بسيط في توجيه الأطباء نحو تلبية طلبات مرضاهم بشكل أفضل.

4-5 -1-5 اختبار العلاقة بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الطبية :

يوضح الجدول رقم (4-31) معاملات الارتباط بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الطبية:

الجدول رقم (4-31) معاملات الارتباط بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الطبية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد تعلم العمل كفريق	الدلالة المعنوية
الاعتمادية	278	0.409	.000
الاستجابة	278	0.425	.000
الأمان	278	0.364	.000
التعاطف	278	0.438	.000
الملموسية	278	0.322	.000

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معاملات ارتباطها ببعد تعلم العمل كفريق نجد:

الجدول رقم (4-32) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الطبية حسب معامل ارتباطها ببعد تعلم العمل كفريق

العبارات	معامل الارتباط مع بعد تعلم العمل كفريق
التعاطف	0.438
الاستجابة	0.425
الاعتمادية	0.409
الأمان	0.364
الملموسية	0.322

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد تعلم العمل كفريق وبين أبعاد جودة الخدمة الطبية.

2 – إن معامل الارتباط لبعد بعد تعلم العمل كفريق مع بعد الأمان وبعد الملموسية يبلغ حوالي (0.364) و (0.322) فهو ضعيف الشدة، أما معاملات الارتباط لبقية أبعاد جودة الخدمة الطبية مع بعد تعلم العمل كفريق فهي تتراوح من(0.409) إلى (0.438) وبالتالي فهي متوسطة الشدة .

3- إن بعد التعاطف هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان التعاون الجماعي والتحاور والتوصل بين الأفراد لنقل الخبرات والمعارف يلعب دور مهما" في تمكن الطبيب من كسب رضا مرضاه و تلبية حاجاتهم والإجابة على استفساراتهم بصورة أفضل.

قامت الباحثة في الفقرات السابقة بقياس معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة على حدا مع أبعاد جودة الخدمة الطبية، ويلاحظ أن تحليل الارتباط يعطي مؤشراً مبدئياً عن مدى تأثير أبعاد المنظمة المتعلمة في أبعاد جودة الخدمة الطبية ، إلاّ أنّ الحكم بمدى تأثير أبعاد المنظمة المتعلمة مجتمعة في جودة الخدمة الطبية متروك لنتائج تحليل الانحدار المتعدد.

حيث في الفقرات التالية ستقوم الباحثة ببحث أثر أبعاد المنظمة المتعلمة مجتمعة في كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الطبية وذلك من خلال استخدام تحليل الانحدار المتعدد.

4-5 -1-6 اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في أبعاد جودة الخدمة الطبية:

- **أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاعتمادية:**

يوضح الجدول رقم (4-33) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاعتماديـــة باســـتخدام تحليـــل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-33) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاعتمادية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالـــــة المعنوية
1	0.490(a)	0.241	0.227	0.45456	.000

فيما يتعلق بالقدرة التفسيرية لهذا النموذج، والتي توضح نسبة التغير في المتغير الاعتمادية التي تفسرها أبعاد المنظمة المتعلمة، بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.241) وهـــذا يعنـــي أن أبعـــاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (24.1%) من التغير الحاصل في المتغير الاعتمادية.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاستجابة:**

يوضح الجدول رقم (4-34) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاســـتجابة باســـتخدام تحليـــل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-34) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاستجابة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالـــــة المعنوية
1	0.538(a)	0.289	0.276	0.40246	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.289) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر مـــا مقـــداره (28.9%) من التغير الحاصل في المتغير الاستجابة.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الأمان:**

يوضح الجدول رقم (4-35) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الأمان باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-35) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الأمان باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالـــــة المعنوية
1	0.487(a)	0.237	0.223	0.47888	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.237) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (23.7%) من التغير الحاصل في المتغير الأمان.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد التعاطف:**

يوضح الجدول رقم (4-36) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد التعاطف باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-36) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد التعاطف باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالة المعنوية
1	0.530(a)	0.280	0.267	0.46214	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.280) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (28%) من التغير الحاصل في المتغير التعاطف.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الملموسية:**

يوضح الجدول رقم (4-37) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الملموسية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-37) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الملموسية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالة المعنوية
1	0.347(a)	0.120	0.104	0.49481	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.120) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (12%) من التغير الحاصل في المتغير الملموسية.

وبالتالي لأبعاد المنظمة المتعلمة قدرة تفسيرية محدودة نسبيا" في أبعاد جودة الخدمة الطبية ، أي أن توفر إدارة عليا تشجع الأطباء على تغيير مواقفهم من خلال اكتساب معارف ومهارات جديدة ، وتبادل الخبرات، والعمل بروح الجماعة، وإيجاد نوع من المرونة في العمل، و تفعيل التواصل والحوار بين الزملاء ، **يسهم نوعا**" **ما** في تحسين جودة الخدمات الطبية ويمكن الأطباء من تقديم عناية طبية أفضل لمرضاهم وتلبية حاجاتهم وتفهم رغباتهم.

أي أن الفرض الأول محقق.

حيث "توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين المنظمة المتعلمة وجودة الخدمـــة الطبيـــة" وهـــذه النتيجـــة متفقـــة مـــع مـــا افترضـــته نظريـــا" الدراســـات (Confessore,1997)، [1] (Murray,2001)، [2] (Rowley, 2006)، [3] (Clinical Development ,1998) [4] من أن أن لتطبيق مفهوم المنظمة المتعلمة دور في تحسين جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

5-4 -2 اختبار صحة الفرض الثاني:

5-4 -2 -1- اختبار العلاقة بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية:

يوضح الجدول رقم (4-38) معاملات الارتباط بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمـــة الفندقية:

الجدول رقم (4-38) معاملات الارتباط بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد الإجادة الشخصية	الدلالة المعنوية
الملموسية	150	0.418	.000
الاعتمادية	150	0.496	.000
الاستجابة	150	0.586	.000
التعاطف	150	0.529	.000
الأمان	150	0.557	.000

(*) ذات دلالة احصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معامل ارتباطها ببعد الإجادة الشخصية نجد:

الجدول رقم (4-39) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معامل ارتباطها ببعد الإجادة الشخصية

العبارات	معامل الارتباط مع بعد الإجادة الشخصية
الاستجابة	0.586
الأمان	0.557
التعاطف	0.529
الاعتمادية	0.496

---

[1]. Confessore ,S ,(1997) .Building learning organization: Communities of Practice, Self-Directed Learning, and Continuing Medical Education, The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 1997; 17(1):5-11

[2] Murray, A,M,(2001). Scanning and vicarious learning from adverse events in health care. Information Research, Vol. 7 No. 1, October 2001,P 113

[3] Rowley ,S,D,(2006). The journey of a teaching hospital to become a learning organization ,Australian Health Review , Vol . 30 , Iss, 2,PP; 232-240.

[4] Clinical Development Co – ordinator (1998), Viborg Hospital ,A hospital becomes learning organization , (1998), Nursing Ethics ,Vol .5,Iss 2,pp:174-176.

0.418	الملموسية

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد الإجادة الشخصية وبين أبعاد جودة الخدمة الفندقية.

2 –إن معاملات الارتباط لأبعاد جودة الخدمة الفندقية مع بعد الإجادة الشخصية فهي تتراوح من(0.418) إلى (0.586) وبالتالي فهي متوسطة الشدة .

3- إن بعد الاستجابة هو ذات معامل الارتباط الأقوى مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان تشجيع الإدارة العليا في الفندق العاملين فيها على تطوير مهاراتهم الفردية من خلال التعلم من الأخطاء السابقة ومواكبة كل ما هو جديد ، والتدرب عل المهام الصعبة ، دورا" هاما" في تمكينهم من الاستجابة لطلبات النزلاء بصورة أفضل ، و القدرة على تلبية كافة احتياجاتهم الجديدة والطارئة من خلال تحقيق المرونة اللازمة في الإجراءات ووسائل تقديم الخدمة.

5-4 -2-2 اختبار العلاقة بين بعد الرؤية المشتركة وأبعاد جودة الخدمة الفندقية :

يوضح الجدول رقم (4-40) معاملات الارتباط بين بعد الرؤية المشتركة وأبعاد جودة الخدمة **الفندقية:**

الجدول رقم (4-40) معاملات الارتباط بين بعد الرؤية المشتركة وأبعاد جودة الخدمة الفندقية

العبارات	**حجم العينة**	**معامل الارتباط مع بعد** الرؤية المشتركة	**الدلالة المعنوية**
الملموسية	150	0.263	.001
الاعتمادية	150	0.329	.000
الاستجابة	150	0.377	.000
التعاطف	150	0.429	.000
الأمان	150	0.419	.000

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معامل ارتباطها ببعد الرؤية المشتركة نجد:

الجدول رقم (4-41) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معامل ارتباطها ببعد الرؤية المشتركة

العبارات	**معامل الارتباط مع بعد الرؤية المشتركة**
التعاطف	.429
الأمان	.419
الاستجابة	.377
الاعتمادية	.329

.263	الملموسية

يبين الجدول السابق ما يلي:

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد الرؤية المشتركة وبين أبعاد جودة الخدمة الفندقية.

2 – إن معاملات الارتباط لبعد الرؤية المشتركة مع بعد التعاطف وبعد الأمان تبلغ حوالي (0.429) و (0.419) فهي متوسطة الشدة ، أما معاملات الارتباط لبقية أبعاد جودة الخدمة الفندقية مع بعد الرؤية المشتركة فهي تتراوح من(0.263) إلى (0.377) وبالتالي فهي ضعيفة الشدة

3- إن بعد التعاطف هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد، وبالتالي فان توافر الإدارة الواعية القادرة على نشر الأهداف المشتركة في العمل القائمة على مبدأ تبادل المعلومات والمعارف بين الأفراد ، وبث روح الطموح والابتكار فيهم، تساعد على تمكين العاملين من إشعار النزلاء بالراحة والطمأنينة أثناء تقديم الخدمة لهم.

5-4 -2-3 اختبار العلاقة بين بعد النماذج العقلية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية :

يوضح الجدول رقم (4-42) معاملات الارتباط بين بعد النماذج العقلية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية:

الجدول رقم (4-42) معاملات الارتباط بين بعد النماذج العقلية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية

الدلالة المعنوية	معامل الارتباط مع بعد النماذج العقلية	حجم العينة	العبارات
.000	0.288	150	الملموسية
.000	0.307	150	الاعتمادية
.000	0.377	150	الاستجابة
.000	0.429	150	التعاطف
.000	0.441	150	الأمان

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معاملات ارتباطها ببعد النماذج العقلية نجد:

الجدول رقم (4-43) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معامل ارتباطها ببعد النماذج العقلية

معامل الارتباط مع بعد النماذج العقلية	العبارات
0.441	الأمان
0.429	التعاطف
0.377	الاستجابة
0.307	الاعتمادية
0.288	الملموسية

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد النماذج العقلية وبين أبعاد جودة الخدمة الفندقية.

2 – إن معاملات الارتباط لبعد النماذج العقلية مع بعد الأمان وبعد التعاطف تبلغ حوالي (0.441) و (0.429) فهي متوسطة الشدة ، أما معاملات الارتباط لبقية أبعاد جودة الخدمة الفندقية مع بعد النماذج العقلية فهي تتراوح من(0.288) إلى (0.377) وبالتالي فهي ضعيفة الشدة

3- إن بعد الأمان هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان توافر الإدارة العليا القادرة على نشر ثقافة التعلم بين العاملين ومساعدتهم على تغيير أساليب تفكيرهم القديمة وتعلم أداء مهامهم بأساليب أكثر فعالية ، يلعب دورا" في تحسين من مستوى جودة الخدمات المقدمة للنزلاء و إشعارهم بالأمان من الناحية المادية والمعنوية على أنفسهم وأموالهم.

5-4 -2-4 اختبار العلاقة بين بعد أنظمة التفكير **وأبعاد جودة الخدمة الفندقية :**

يوضح الجدول رقم (4-44) معاملات الارتباط بين بعد أنظمة التفكير وأبعاد جودة الخدمة **الفندقية:**

الجدول رقم (4-44) معاملات الارتباط بين بعد أنظمة التفكير وأبعاد جودة الخدمة الفندقية

العبارات	**حجم العينة**	**معامل الارتباط مع بعد** أنظمة التفكير	**الدلالة المعنوية**
الملموسية	150	0.228	.005
الاعتمادية	150	0.260	.001
الاستجابة	150	0.356	.000
التعاطف	150	0.348	.000
الأمان	150	0.387	.000

(*) **ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%**

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معاملات ارتباطها ببعد أنظمة التفكير نجد:

الجدول رقم (4-45) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معامل ارتباطها ببعد أنظمة التفكير

العبارات	معامل الارتباط مع بعد أنظمة التفكير
الأمان	0.387
التعاطف	0.348
الاستجابة	0.356
الاعتمادية	0.260
الملموسية	0.228

يبين الجدول السابق ما يلي:

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد أنظمة التفكير وبين أبعاد جودة الخدمة الفندقية.

2 – إن معاملات الارتباط لأبعاد جودة الخدمة الفندقية مع بعد أنظمة التفكير فهي تتراوح من(0.228) إلى (0.387) وبالتالي فهي ضعيفة الشدة .

3- إن بعد الأمان هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان توافر الإدارة العليا التي تشجع العاملين على الاهتمام بنشاطات التعلم الداعمة لمهارات التفكير الابتكاري والاعتراف بالأخطاء عند حدوثها والتعلم منها والربط بين حلول المشكلات وأسبابها، يساهم ولو بجزء بسيط في زيادة قدرة العاملين على التعامل بلباقة وكياسة مع النزلاء وإشعارهم بالثقة والأمان والراحة .

5-2- 5-4 اختبار العلاقة بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الفندقية :

يوضح الجدول رقم (4-46) معاملات الارتباط بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الفندقية:

الجدول رقم (4-46) معاملات الارتباط بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الفندقية

العبارات	حجم العينة	معامل الارتباط مع بعد تعلم العمل كفريق	الدلالة المعنوية
الملموسية	150	0.306	.000
الاعتمادية	150	0.430	.000
الاستجابة	150	0.462	.000
التعاطف	150	0.411	.000
الأمان	150	0.458	.000

(*) ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

وعند ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية حسب معاملات ارتباطها ببعد تعلم العمل كفريق نجد:

الجدول رقم (4- 47) ترتيب أبعاد جودة الخدمة الفندقية **حسب معامل ارتباطها ببعد تعلم العمل كفريق**

العبارات	معامل الارتباط مع بعد تعلم العمل كفريق
الاستجابة	0.462
الأمان	0.458
الاعتمادية	0.430
التعاطف	0.411
الملموسية	0.306

يبين الجدول السابق ما يلي :

1- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين بعد تعلم العمل كفريق وبين أبعاد جودة الخدمة الفندقية.

2 – إن معامل الارتباط لبعد تعلم العمل كفريق مع بعد الملموسية يبلغ حوالي (0.306) فهو ضعيف الشدة، أما معاملات الارتباط لبقية أبعاد جودة الخدمة الفندقية مع بعد تعلم العمل كفريق فهي تتراوح من(0.411) إلى (0.462) وبالتالي فهي متوسطة الشدة .

3- إن بعد الاستجابة هو ذات معامل الارتباط الأقوى نسبيا مقارنة ببقية الأبعاد ، وبالتالي فان قيام الإدارة العليا بالتركيز على العمل الجماعي المشترك كوسيلة لزيادة الكفاءة ،بتشجيع العاملين فيها على العمل سوية بروح الفريق الواحد والتشاور والتحاور معا" للوصول إلى الحلول وتحقيق الأهداف المنشودة ، يلعب دور مهما" في تمكين العاملين من سرعة الاستجابة لرغبات النزلاء واشباع حاجاتهم.

قامت الباحثة في الفقرات السابقة بقياس معامل الارتباط بين كل بعد من أبعاد المنظمة المتعلمة على حدا مع أبعاد جودة الخدمة الفندقية ،إلاّ أنّ الحكم بمدى تأثير أبعاد المنظمة المتعلمة مجتمعة في جودة الخدمة الفندقية متروك لنتائج تحليل الانحدار المتعدد.
حيث في الفقرات التالية ستقوم الباحثة ببحث أثر أبعاد المنظمة المتعلمة مجتمعة في كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الفندقية وذلك من خلال استخدام تحليل الانحدار المتعدد.

4-5 -2-6 اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في أبعاد جودة الخدمة الفندقية:

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الملموسية:**

يوضح الجدول رقم (**4-48**) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الملموسية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-48) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الملموسية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالة المعنوية
1	0.448(a)	0.201	0.173	0.69008	.000

فيما يتعلق بالقدرة التفسيرية لهذا النموذج، والتي توضح نسبة التغير في المتغير الملموسية التي تفسرها أبعاد المنظمة المتعلمة، بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.201) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (20.1%) من التغير الحاصل في المتغير الملموسية.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاعتمادية:**

يوضح الجدول رقم (4-49) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاعتمادية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم(4-49) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاعتمادية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأ المعياري للتقدير	الدلالة المعنوية
1	0.553(a)	0.306	0.282	0.50147	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.306) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (30.6%) من التغير الحاصل في المتغير الاعتمادية.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاستجابة :**

يوضح الجدول رقم (4-50) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاستجابة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-50) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الاستجابة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديد R2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالة المعنوية
1	0.642(a)	0.412	0.392	0.52022	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.412) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (41.2%) من التغير الحاصل في المتغير الاستجابة.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد التعاطف:**

يوضح الجدول رقم (4-51) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد التعاطف باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-51) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد التعاطف باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالة المعنوية
1	0.610(a)	0.373	0.351	0.50804	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (373.٠) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (37.3%) من التغير الحاصل في المتغير التعاطف.

- **اختبار أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الأمان:**

يوضح الجدول رقم (4-52) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد **الأمان** باستخدام تحليل الانحدار المتعدد:

جدول رقم (4-52) أثر أبعاد المنظمة المتعلمة في بعد الأمان باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط المتعددR	معامل التحديدR2	معامل التحديد المعدّل	الخطأالمعياري للتقدير	الدلالــــة المعنوية
1	0.643(a)	0.414	0.394	0.50571	.000

بلغ معامل التحديد R2 بلغ (0.414) وهذا يعني أن أبعاد المنظمة المتعلمة تفسر ما مقداره (41.4%) من التغير الحاصل في المتغير الأمان.

وبالتالي لأبعاد المنظمة المتعلمة قدرة تفسيرية مقبولة نسبيا" في أبعاد جودة الخدمة الفندقية، أي أن وجود إدارة عليا في الفنادق قادرة على بناء رؤية واضحة تدعم الاهتمام بالتعلم المستمر للعنصر البشري وترسم معالم عملية لتبني منهج المنظمة المتعلمة. من خلال توجيه العاملين فيها نحو التعلم الجماعي، وتنمية خبراتهم ومعلوماتهم والمشاركة وتبادل المعارف الضمنية والصريحة وعدم الاكتفاء ببرامج التدريب التقليدية، بالإضافة إلى إقامة الندوات والمؤتمرات واللقاءات مفتوحة التي تشجع على التواصل والحوار، دور ايجابي في تحسين جودة الخدمة الفندقية المقدمة للعملاء.

أي أن الفرض الثاني محقق

حيث "توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين المنظمة المتعلمة وجودة الخدمة الفندقيــة" وهذه النتيجة متفقة مع ما افترضته نظريــا" دراســة(Kutanis & Bayraktaroglu, 2002)[1] من أن لتطبيق مفهوم المنظمة المتعلمة في الفنادق دور في تحسين جودة الخدمة الفندقية.

4- 5 -3 اختبار صحة الفرض الثالث:

لدى معالجة المتغيرات الشخصية إحصائيا" تم اللجوء إلى التحليل التباين وحيد الاتجــاه One Way ANOVA لاختبار فرضية وجود فروقات جوهرية في حكم العملاء على جودة الخدمــة الطبية باختلاف متغيراتهم الشخصية.

4- 5 -3-1 اختبار وجود فروقات جوهرية بين المتغيرات الشخصية للعملاء وتقييمهم لجودة الخدمة الطبية:

[1] Kutanis & Bayraktaroglu , (2002): Transform hotels into learning organizations a new strategy for going global. working paper, Department of Management ,The Faculty of Economic and Administrative Sciences , Sakarya,Turkey.

1- النوع :

يبين الجدول (4-53)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع:

جدول رقم (4-53)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	0.197	2	0.098	0.367	0.693
	داخل المجموعات	73.661	275	0.268		
	الاجمالي	73.857	277			
الاستجابة	بين المجموعات	0.045	2	0.022	0.100	0.905
	داخل المجموعات	61.574	275	0.224		
	الاجمالي	61.619	277			
الأمان	بين المجموعات	0.016	2	0.008	0.027	0.974
	داخل المجموعات	81.279	275	0.296		
	الاجمالي	81.295	277			
التعاطف	بين المجموعات	0.391	2	0.195	0.672	0.512
	داخل المجموعات	80.007	275	0.291		
	الاجمالي	80.398	277			
الملموسية	بين المجموعات	0.962	2	0.481	1.777	0.171
	داخل المجموعات	74.440	275	0.271		
	الإجمالي	75.402	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

إن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصـــائية بـــين جودة الخدمة الطبية و متغيرالنوع .

2- الجنسية :

يبين الجدول (4-54)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الجنسية

جدول رقم (4-54)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الجنسية

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	1.627	3	0.407	1.538	0.191
	داخل المجموعات	72.230	274	0.265		
	الاجمالي	73.857	277			
الاستجابة	بين المجموعات	0.866	3	0.217	0.973	0.422
	داخل المجموعات	60.752	274	0.223		

	الاجمالي	61.619	277			
الأمان	بين المجموعات	1.379	3	0.345	1.178	0.321
	داخل المجموعات	79.916	274	0.293		
	الاجمالي	81.295	277			
التعاطف	بين المجموعات	0.723	3	0.181	0.620	0.649
	داخل المجموعات	79.674	274	0.292		
	الاجمالي	80.398	277			
الملموسية	بين المجموعات	0.664	3	0.166	0.606	0. 659
	داخل المجموعات	74.739	274	0.274		
	الإجمالي	75.402	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

أن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الطبية و متغير الجنسية .

3-الهدف من الزيارة:

يبين الجدول (4-55) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الهدف من الزيارة

جدول رقم (4-55)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الهدف من الزيارة

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	0.278	3	0.093	0.345	0.793
	داخل المجموعات	73.579	274	0.269		
	الاجمالي	73.857	277			
الاستجابة	بين المجموعات	0.107	3	0.036	0.158	0.924
	داخل المجموعات	61.512	274	0.224		
	الاجمالي	61.619	277			
الأمان	بين المجموعات	0.159	3	0.053	0.179	0.910
	داخل المجموعات	81.136	274	0.296		
	الاجمالي	81.295	277			
التعاطف	بين المجموعات	0.273	3	0.091	0.312	0.817
	داخل المجموعات	80.124	274	0.292		
	الاجمالي	80.398	277			
الملموسية	بين المجموعات	0.083	3	0.028	0.100	0.960

	داخل المجموعات	75.320	274	0.275		
	الإجمالي	75.402	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

إن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بين جودة الخدمة الطبية و متغير الهدف من الزيارة .

4 - متغير العمر:

يبين الجدول (4-56) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير االعمر

جدول رقم (4-56)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير االعمر

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	2.497	3	0.832	3.195	0.024
	داخل المجموعات	71.361	274	0.260		
	الاجمالي	73.857	277			
الاستجابة	بين المجموعات	0.746	3	0.249	1.119	0.342
	داخل المجموعات	60.873	274	0.222		
	الاجمالي	61.619	277			
الأمان	بين المجموعات	2.437	3	0.812	2.822	0.039
	داخل المجموعات	78.858	274	0.288		
	الاجمالي	81.295	277			
التعاطف	بين المجموعات	1.779	3	0.593	2.067	0.105
	داخل المجموعات	78.619	274	0.287		
	الاجمالي	80.398	277			
الملموسية	بين المجموعات	0.697	3	0.232	0.852	0.467
	داخل المجموعات	74.705	274	0.273		
	الإجمالي	75.402	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين كل من الأبعاد (الاعتمادية –الأمان) وبين متغير العمر عند مستوى الدلالة 5% ، أما بقية أبعاد جودة الخدمة الطبية فلها مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بين بقية أبعاد جودة الخدمة الطبية و متغير العمر.

جدول رقم (4-57) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير االعمر

	العمر	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الاعتمادية	من 18 إلى 34	84	3.6959	0.48064
	من 35 إلى 50	160	3.6004	0.51873
	أكبر من 50	33	3.3965	0.54205
	الاجمالي	278	3.6029	0.51637
الأمان	من 18 إلى 34	84	3.3651	0.50199
	من 35 إلى 50	160	3.2896	0.51582
	أكبر من 50	33	3.0505	0.69906
	الاجمالي	278	3.2830	0.54174

أي يتفق أفراد العينة على أن مستوى الخدمة الطبية من حيث مستوى الاعتمادية والأمان متوسط .إلا أننا نلاحظ أنه كلما ازداد عمر العميل كلما انخفض تقييمه لجودة الخدمة الطبية الإجمالية.حيث بما أن أغلب المعالجات الطبية هي تجميلية يميل الأفراد الأكبر سنا" إلى المطالبة بنتائج مثالية وأكثر شبابية مما يجعلهم أقل اقتناعا" بنتائج المعالجة .

5 -متغير الدخل:

يتضمن الجدول (4-58)التحليل التبايني وحيد الاتجاه لمتغير الدخل:

جدول رقم (4-58)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الدخل

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	1.637	3	0.546	2.070	0.104
	داخل المجموعات	72.221	274	0.264		
	الاجمالي	73.857	277			
الاستجابة	بين المجموعات	2.168	3	0.723	3.331	0.020
	داخل المجموعات	59.450	274	0.217		
	الاجمالي	61.619	277			
الأمان	بين المجموعات	1.350	3	0.450	1.543	0.204
	داخل المجموعات	79.945	274	0.292		
	الاجمالي	81.295	277			
التعاطف	بين المجموعات	2.688	3	0.896	3.159	0.025
	داخل المجموعات	77.710	274	0.284		

	الاجمالي	80.398	277			
الملموسية	بين المجموعات	1.504	3	0.501	1.859	0.137
	داخل المجموعات	73.898	274	0.270		
	الإجمالي	75.402	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين كل من الأبعاد(الاستجابة – التعـــاطف) وبين متغير الدخل عند مستوى الدلالة 5% ، أما بقية أبعاد جودة الخدمة الطبية فلها مســـتويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بين بقية أبعاد جــودة الخدمـــة الطبية ومتغير الدخل.

جدول رقم (4-59) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الدخل

	الدخل	**العينة**	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**
الاستجابة	من 1000 إلى 2000 يورو	197	3.4125	0.45456
	من 2000 إلى 3000 يورو	53	3.2587	0.47764
	من 3000 إلى 4000 يورو	16	3.2513	0.53910
	الاجمالي	266	3.3022	0.47165
التعاطف	من 1000 إلى 2000 يورو	197	3.4197	0.50549
	من 2000 إلى 3000 يورو	53	3.2009	057038
	من 3000 إلى 4000 يورو	16	3.1031	0.67835
	الاجمالي	266	3.2059	0.53874

أي يتفق أفراد العينة على أن مستوى الخدمة الطبية من حيث مستوى الاستجابة و التعاطف متوسط .إلا أن أصحاب الدخول المنخفضة هم الأكثر اقتناعا" بمستوى جودة الخدمـــة المقدمـــة لهم، بما أن العامل الأساسي لقدوم الأفراد لتلقي المعالجة الطبية في سورية هو عامل الكلفة ،فان ذوي الدخل المنخفض تكون تقبلهم لمستوى الجودة المقدمة أكثر واقعية.

<u>**أي أن الفرض الثالث (أ)**</u>

✓ **منفي جزئيا" حيث لاتوجد فروقات ذات دلالة احصائية بين (نوع العميل – جنسية العميل – الهدف من الزيارة) و بين أبعاد جودة الخدمة الطبية .**

✓ **مثبت جزئيا" حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من :**

- **متغير العمر وأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاعتمادية –الأمان).**
- **متغير الدخل وأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاستجابة – التعاطف).**

4- 5 -3-2 اختبار وجود فروقات جوهرية بين المتغيرات الشخصية للعملاء وتقييمهم لجودة الخدمة الفندقية:

1- النوع :

بين الجدول (4-60)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع

جدول رقم (4-60)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	0.003	1	0.003	0.005	0.942
	داخل المجموعات	85.815	148	0.580		
	الاجمالي	85.818	149			
الاعتمادية	بين المجموعات	0201	1	0.201	0.572	0.451
	داخل المجموعات	51.951	148	0.351		
	الاجمالي	52.152	149			
الاستجابة	بين المجموعات	0.278	1	0.278	0.624	0.431
	داخل المجموعات	65.998	148	0.446		
	الاجمالي	66.277	149			
التعاطف	بين المجموعات	0.024	1	0.224	0.059	0.809
	داخل المجموعات	59.216	148	0.400		
	الاجمالي	59.240	149			
الأمان	بين المجموعات	0.002	1	0.222	0.005	0.942
	داخل المجموعات	62.840	148	0.425		
	الإجمالي	62.843	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

ان مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد اختلافات ذات دلالة معنويـــة بين جودة الخدمة الفندقية و متغير النوع .

2- الجنسية :

يبين الجدول (4-61)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الجنسية

جدول رقم (4-61) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الجنسية

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	2.555	3	0.852	1.494	0.219
	داخل المجموعات	83.263	146	0.570		
	الاجمالي	85.818	149			

الاعتمادية	بين المجموعات	5.388	3	1.796	5.608	0.001
	داخل المجموعات	46.763	146	0.320		
	الاجمالي	52.152	149			
الاستجابة	بين المجموعات	3.095	3	1.032	2.384	0.072
	داخل المجموعات	63.182	146	0.433		
	الاجمالي	66.277	149			
التعاطف	بين المجموعات	2.891	3	0.964	2.497	0.062
	داخل المجموعات	56.349	146	0.386		
	الاجمالي	59.240	149			
الأمان	بين المجموعات	5.542	3	1.847	4.707	0.004
	داخل المجموعات	57.300	146	0.392		
	الإجمالي	62.843	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

أي توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين كل من الأبعاد (الاعتمادية –الأمان) وبين متغير الجنسية عند مستوى الدلالة 5% ، و تتفق هذه نتائج هذه الدراسة جزئيا" مع دراسة (الطائي و معلا ، 2003) [1]التي توصلت أنه لجنسية النزيل دور في تقيمه لجودة الخدمة الفندقية.

أما بقية أبعاد جودة الخدمة الفندقية فلها كافة مستويات الدلالة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بين بقية أبعاد جودة الخدمة الفندقية و متغير الجنسية.

جدول رقم (4-62) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير الجنسية

	الجنسية	**العينة**	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**
الاعتمادية	عراقي	43	2.1767	0.61444
	مغترب	48	2.5292	0.56942
	خليجي	40	2.3900	0.53388
	أجنبي	19	1.9789	0.50286
	الاجمالي	150	2.3213	0.59162
الأمان	عراقي	43	2.1709	0.60761
	مغترب	48	2.6563	0.61373
	خليجي	40	2.3938	0.65752
	أجنبي	19	2.3158	0.63378
	الاجمالي	150	2.4040	0.64943

[1]معلا ، ناجي،والطائي حميد (2003) . " تقييم السياح العرب لجودة الخدمات الفندقية التي تقدمها الفنادق العاملة في الأردن (دراسة تحليلية ميدانية)" مجلة الدراسات ، العلوم الإدارية، مجلد (30)،ص128

يتفق أفراد العينة على أن مستوى الخدمة الفندقية من حيث مستوى الاعتمادية والأمان منخفض. إلا أن ترتيب الأفراد حسب جنسيتهم من حيث إدراكهم لمستوى الخدمة الفندقية من أقل إدراكا" إلى الأكثر إدراكا" هو كالآتي : أجنبي – عراقي – خليجي – مغترب.

3-الهدف من الزيارة:

بين الجدول (4-63) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الهدف من الزيارة

جدول رقم (4-63)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الهدف من الزيارة

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	2.828	3	0.943	1.658	0.179
	داخل المجموعات	82.990	146	0.568		
	الاجمالي	85.818	149			
الاعتمادية	بين المجموعات	0.925	3	0.308	0.879	0.453
	داخل المجموعات	51.226	146	0.351		
	الاجمالي	52.152	149			
الاستجابة	بين المجموعات	1.164	3	0.388	0.870	0.458
	داخل المجموعات	65.113	146	0.446		
	الاجمالي	66.277	149			
التعاطف	بين المجموعات	2.494	3	0.831	2.139	0.098
	داخل المجموعات	56.746	146	0.389		
	الاجمالي	59.240	149			
الأمان	بين المجموعات	1.529	3	0.510	1.214	0.307
	داخل المجموعات	61.314	146	0.420		
	الإجمالي	62.843	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

نلاحظ أن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الفندقية و متغير الهدف من الزيارة .و تتعارض نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الشورة ،2004)[1]التي توصلت إلى أن هدف الزيارة كسياحة ترفيهية ، أو علاجية ، أو للأعمال تؤثر على خصائص الخدمة المطلوبة من قبل النزيل .

[1] الشورة ، محمد سليم ، (2004) ، قياس جودة الخدمات في الفنادق ذات الخمس نجوم في عمان – الأردن ، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية ، 2004 ، المجلد السابع ، العدد الأول ، ص 62-76.

4 - متغير العمر:

يبين الجدول (4-64) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير االعمر

جدول رقم (4-64)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير العمر

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	1.842	2	0.921	1.612	0.203
	داخل المجموعات	83.976	147	0.571		
	الاجمالي	85.818	149			
الاعتمادية	بين المجموعات	0.584	2	0.292	0.832	0.437
	داخل المجموعات	51.568	147	0.351		
	الاجمالي	52.152	149			
الاستجابة	بين المجموعات	0.140	2	0.070	0.155	0.856
	داخل المجموعات	66.137	147	0.450		
	الاجمالي	66.277	149			
التعاطف	بين المجموعات	0.251	2	0.125	0.312	0.732
	داخل المجموعات	58.989	147	0.401		
	الاجمالي	59.240	149			
الأمان	بين المجموعات	0.255	2	0.127	0.299	0.742
	داخل المجموعات	62.588	147	0.426		
	الإجمالي	62.843	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

نلاحظ أن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الفندقية ومتغير العمر .

5 -متغير الدخل: يتضمن الجدول (4-65) التحليل التبايني وحيد الاتجاه لمتغير الدخل:

جدول رقم (4-65)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير الدخل

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الملموسية	بين المجموعات	0.770	3	0.257	0.441	0.724
	داخل المجموعات	85.047	146	0.583		
	الاجمالي	85.818	149			
الاعتمادية	بين المجموعات	1.522	3	0.507	1.463	0.227

	داخل المجموعات	50.630	146	0.347		
	الاجمالي	52.152	149			
الاستجابة	بين المجموعات	0.372	3	0.124	0.275	0.843
	داخل المجموعات	65.904	146	0.451		
	الاجمالي	66.277	149			
التعاطف	بين المجموعات	1.017	3	0.339	0.850	0.469
	داخل المجموعات	58.223	146	0.399		
	الاجمالي	59.240	149			
الأمان	بين المجموعات	1.084	3	0.361	0.855	0.466
	داخل المجموعات	61.758	146	0.423		
	الإجمالي	62.843	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

نلاحظ أن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الفندقية ومتغير الدخل .وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة خوجة (**2007**)[1] التي توصلت الى أن هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إدراك نزلاء الفنادق لدرجة أهمية جودة الخدمات الفندقية وبين (عمر النزيل –دخل النزيل – الهدف من إقامة النزيل).

<u>وبالتالي فالفرض الثالث (ب)</u>

- ✓ **منفي جزئيا" حيث لاتوجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين (عمر العميل – دخل العميل – الهدف من الزيارة – النوع) و بين أبعاد جودة الخدمة الفندقية .**
- ✓ **مثبت جزئيا" حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنسية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية (الاعتمادية –الأمان).**

4- 5 -4 اختبار صحة الفرض الرابع:

لدى معالجة المتغيرات الشخصية للعاملين إحصائيا" تم اللجوء إلى التحليل التباين وحيد الاتجاه One Way ANOVA لاختبار وجود فروقات جوهرية ذات دلالة إحصائية في ممارسة العاملين في المراكز الخدمية محل الدراسة لأبعاد المنظمة المتعلمة باختلاف متغيراتهم الديموغرافية.

---

[1] خوجة ، محمد(2007) . جودة الخدمات الفندقية ورضاء العملاء دراسة ميدانية على فنادق الدرجة الأولى بمحافظة جدة". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز

3-4-4 -1-4 اختبار وجود فروقات جوهرية ذات دلالة إحصائية في ممارسة الأطبــاء لأبعــاد المنظمة المتعلمة باختلاف متغيراتهم الديموغرافية:

1 - النوع:

جدول رقم (4-66)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع

		مجمـــــوع التربيعات	df	متوســــط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الإجـــادة الشخصـــية الشخصية	بين المجموعات	0.083	1	0.083	0.279	0.598
	داخل المجموعات	82.072	276	0.297		
	الاجمالي	82.155	277			
الرؤيــــة المشتركة	بين المجموعات	0.283	1	0.283	0.730	0.394
	داخل المجموعات	107.089	276	0.388		
	الاجمالي	107.373	277			
أنظمة التفكير	بين المجموعات	0.175	1	0.175	0.550	0.459
	داخل المجموعات	88.012	276	0.319		
	الاجمالي	88.187	277			
النماذج العقلية	بين المجموعات	0.004	1	0.004	0.010	0.919
	داخل المجموعات	96.871	275	0.352		
	الاجمالي	96.875	276			
تعلــم العمــل كفريق	بين المجموعات	0.322	1	0.322	0.803	0.371
	داخل المجموعات	110.813	276	0.401		
	الإجمالي	111.135	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

نلاحظ أن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا أي أنه لا توجــد فروقــات ذات دلالة إحصائية بين أبعاد المنظمة المتعلمة و متغير النوع وتتفق نتائج هذه الدراسة جزئيــا" مع دراسة (عباينة ، 2008)[1] من حيث أنه لاتوجد فروق دالة إحصائيا" في المجالات التفكيــر التنظيمي و التعلم كفريق ومتغير النوع ٠

2-متغير سنوات الخبرة :

يتضمن الجدول (4-67) التحليل التبايني وحيد الاتجاه لمتغير سنوات الخبرة:

[1]عباينة ، رائد ، العدوان ياسر ، (2008).العوامل المؤثرة في ممارسة التعلم التنظيمي في البلديات الأردنية . مجلة الادارة العامة ، المجلد 48 ، العدد ، العدد 3 .

جدول رقم (4-67) التحليل التبايني وحيد الاتجاه لمتغير سنوات الخبرة

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الإجادة الشخصية الشخصية	بين المجموعات	5.531	4	1.383	4.927	0.001
	داخل المجموعات	76.624	273	0.281		
	الاجمالي	82.155	277			
الرؤية المشتركة	بين المجموعات	5.175	4	1.294	3.456	0.009
	داخل المجموعات	102.198	273	0.374		
	الاجمالي	107.373	277			
أنظمة التفكير	بين المجموعات	5.522	4	1.380	4.559	0.001
	داخل المجموعات	82.666	273	0.303		
	الاجمالي	88.187	277			
النماذج العقلية	بين المجموعات	3.793	4	0.948	2.771	0.028
	داخل المجموعات	93.082	272	0.342		
	الاجمالي	96.875	276			
تعلم العمل كفريق	بين المجموعات	5.654	4	1.414	3.658	0.006
	داخل المجموعات	105.481	273	0.386		
	الإجمالي	111.135	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

نلاحظ أن هناك فروقات معنوية بين متغير سنوات الخبرة و كافة أبعاد المنظمة المتعلمة حيث مستويات الدلالة المحسوبة هي أصغر من 0.05 وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (الحواجرة، 2007)[1] التي توصلت إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين سنوات الخبرة وخصائص المنظمة المتعلمة.

أي أنه كلما ارتفعت سنوات الخبرة، زادت مدركات الأطباء لأبعاد المنظمة المتعلمة، فالخبرة الطبية المتراكمة لدى الأطباء تساعدهم على تعزيز قدراتهم على التصرف الذاتي والتفاعل مع الآخرين في إطار العمل الفرقي، وتجعلهم يجتهدون في تعلم أشياء جديدة والمشاركة في المعلومات من أجل تطوير العمل وتحسين الأداء.

[1] الحواجرة، كامل محمد، (2007). مدى إمكانية تطبيق مفهوم المنظمة المتعلمة في الجامعات الأردنية الخاصة من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية" "، ورقة عمل مقدمة الى المؤتمر العلمي الدولي السنوي الثامن إدارة التغيير ومجتمع المعرفة.

جدول رقم (4-68)جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير سنوات الخبرة

	سنوات الخبرة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الاجادة الشخصية	أقل من 5 سنوات	2	-	-
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	36	3.0167	0.85574
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	96	3.3240	0.43860
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	129	3.3636	0.49433
	20 سنة فأكثر	15	3.6000	0.32071
	الاجمالي	278	3.3511	0.54460
الرؤية المشتركة	أقل من 5 سنوات	2	-	-
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	36	2.4861	0.86385
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	96	2.7370	0.52986
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	129	2.7597	0.60143
	20 سنة فأكثر	15	2.9667	0.47119
	الاجمالي	278	2.7347	0.62260
أنظمة التفكير	أقل من 5 سنوات	2	-	-
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	36	2.6167	0.75043
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	96	2.7313	0.44374
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	129	2.8698	0.56715
	20 سنة فأكثر	15	3.1467	0.46884
	الاجمالي	278	2.8799	0.56424
النماذج العقلية	أقل من 5 سنوات	2	-	-
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	36	3.0347	0.88872
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	95	3.3553	0.47206
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	129	3. 4074	0.57633
	20 سنة فأكثر	15	3. 5000	0.37559
	الاجمالي	277	3.2500	0.59245
تعلم العمل كفريق	أقل من 5 سنوات	2	-	-
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	36	2.7167	0.88204
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	96	3.1646	0.53587
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	129	3. 2419	0.61577
	20 سنة فأكثر	15	3. 3467	0.41725
	الاجمالي	278	3. 1504	0.63341

3 - متغير العمر:

يتضمن الجدول (4-69) التحليل التبايني لمتغير العمر:

الجدول (4-69) التحليل التبايني وحيد الاتجاه لمتغير سنوات العمر

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الإجادة الشخصية	بين المجموعات	4.637	3	1.546	5.464	0.001
	داخل المجموعات	77.517	274	0.283		
	الاجمالي	82.155	277			
الرؤية المشتركة	بين المجموعات	2.329	3	0.776	2.025	0.111
	داخل المجموعات	105.044	274	0.383		
	الاجمالي	107.373	277			
أنظمة التفكير	بين المجموعات	2.690	3	0.897	2.874	0.037
	داخل المجموعات	85.497	274	0.312		
	الاجمالي	88.187	277			
النماذج العقلية	بين المجموعات	.572	3	0.191	0.540	0.655
	داخل المجموعات	96.303	273	0.353		
	الاجمالي	96.875	276			
تعلم العمل كفريق	بين المجموعات	2.329	3	0.776	1.955	0.121
	داخل المجموعات	108.806	274	0.397		
	الإجمالي	111.135	277			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين الأبعاد(**الإجادة الشخصية** –**أنظمة التفكير**) وبين متغير العمر عند مستوى الدلالة 5% ، أما بقية أبعاد المنظمة المتعلمة فلها كافة مستويات الدلالة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بين بقية أبعاد المنظمة المتعلمة و متغير العمر.

جدول رقم (4-70) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير العمر

	العمر	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الاجادة الشخصية	من 20 إلى أقل من 30 سنة	33	3.0182	0.88086
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	96	3.3744	0.44706
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	124	3.3882	0.49346
	من 50 إلى أقل من 60 سنة	25	3.5280	0.39531

0.54460	3.3511	278	الاجمالي	
0.72331	2.6545	33	من 20 إلى أقل من 30 سنة	أنظمة التفكير
0.49268	2.8521	96	من 30 إلى أقل من 40 سنة	
0.56292	2.9290	124	من 40 إلى أقل من 50 سنة	
0.52915	3.0400	25	من 50 إلى أقل من 60 سنة	
0.56424	2.8799	278	الاجمالي	

أي أنه كلما ارتفع العمر، زادت مدركات الأطباء لأبعاد المنظمة المتعلمة، حيث أنه مع العمر تتراكم خبراتهم وتزداد قدرتهم على ممارسة التفكير الحر والانفتاح على الآخرين وتجريب الأفكار جديدة بعيدا" عن الخوف من الفشل ، و الاعتراف بالأخطاء والتعامل معها على أساس أنها فرص للتعلم.

أي أن الفرض الرابع (أ)

- **مثبت جزئيا" حيث توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين:**
- ✓ **متغير سنوات الخبرة وكافة أبعاد المنظمة المتعلمة.**
- ✓ **متغير العمر والأبعاد(الإجادة الشخصية –أنظمة التفكير).**
- **ومنفي جزئيا" حيث لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية.**
- **بين متغير النوع وأبعاد المنظمة المتعلمة.**
- **متغير العمر والأبعاد (الرؤية الشخصية –النماذج العقلية – تعلم العمل كفريق).**

5-4 -4-2 اختبار وجود فروقات جوهرية ذات دلالة إحصائية في ممارسة العاملين للفنادق لأبعاد المنظمة المتعلمة باختلاف متغيراتهم الشخصية:

1 - متغير النوع:

يبين الجدول (4-71) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع

جدول رقم (4-71)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير النوع

الدلالة	معامل فيشر	متوسط التربيعات	df	مجموع التربيعات		
.321	.990	0.372	1	0.372	بين المجموعات	الإجادة الشخصية
		0.376	148	55.665	داخل المجموعات	
			149	56.038	الاجمالي	
.776	.082	0.027	1	0.027	بين المجموعات	الرؤية المشتركة
		0.326	148	48.216	داخل المجموعات	
			149	48.242	الاجمالي	
.821	.052	0.016	1	0.016	بين المجموعات	أنظمة التفكير
		0.301	148	44.518	داخل المجموعات	

	الاجمالي	44.533	149			
النماذج العقلية	بين المجموعات	0.174	1	0.174	.553	.458
	داخل المجموعات	46.518	148	0.314		
	الاجمالي	46.692	149			
تعلم العمل كفريق	بين المجموعات	1.411	1	1.411	4.597	.034
	داخل المجموعات	45.439	148	0.307		
	الإجمالي	46.850	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين كل من بعد تعلم العمل كفريق وبين متغير النوع عند مستوى الدلالة 5% ، وتتفق هذه النتيجة جزئيا" مع (دراسة الحنيطي،2001) [1] من حيث أنه توجد فروقات ذات دلالة احصائية تعزى لمتغير النوع .

أما بقية أبعاد المنظمة المتعلمة فلها كافة مستويات الدلالة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بين بقية أبعاد المنظمة المتعلمة و متغير النوع .

جدول رقم (4-72) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير النوع

	النوع	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
تعلم العمل كفريق	ذكر	81	2.0025	0.57662
	أنثى	69	2.1971	0.52636
	الإجمالي	150	2.0920	0.56074

إن مستوى ممارسة أفراد العينة لسلوكيات العمل الجماعي والتعاون المشترك منخفضة إلا أن هناك تفوق بسيط لصالح الإناث.

2- متغير المؤهل الدراسي :

يبين الجدول (4-73) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير المؤهل الدراسي.

جدول رقم (4-73)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير المؤهل الدراسي

		مجموع التربيعات	df	متوسط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة

[1] الحنيطي، محمد فالح (2001) . التعليم التنظيمي في الأجهزة الحكومية بالأردن من وجهة نظر المشرفين دراسة ميدانية .مجلة المنارة (7) (2) -71-79.

الإجـــــادة الشخصــــية الشخصية	بين المجموعات	1.900	3	0.633	1.708	0.168
	داخل المجموعات	54.138	146	0.371		
	الاجمالي	56.038	149			
الرؤيــــــة المشتركة	بين المجموعات	1.928	3	0.643	2.026	0.113
	داخل المجموعات	46.314	146	0.317		
	الاجمالي	48.242	149			
أنظمة التفكير	بين المجموعات	1.313	3	0.438	1.479	0.223
	داخل المجموعات	43.220	146	0.296		
	الاجمالي	44.533	149			
النماذج العقلية	بين المجموعات	2.089	3	0.696	2.280	0.082
	داخل المجموعات	44.603	146	0.305		
	الاجمالي	46.692	149			
تعلــم العمـــل كفريق	بين المجموعات	0.936	3	0.312	0.992	0.399
	داخل المجموعات	45.915	146	0.314		
	الإجمالي	46.850	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

نلاحظ أن مستويات الدلالة كافة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقـات ذات دلالـة إحصائية بين المنظمة المتعلمة و متغير المؤهل الدراسي .و تتفق هـذه النتيجـة مـع دراسـة (شاكر،2001)[1] من أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المؤهـل الدراسـي و المنظمة المتعلمة.

3 -متغير سنوات الخبرة :

يبين الجدول (4-74) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير سنوات الخبرة

جدول رقم (4-74)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير سنوات الخبرة

		مجمـــــوع التربيعات	df	متوســــط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الإجـــــادة الشخصــــية الشخصية	بين المجموعات	5.531	3	1.122	3.111	0.028
	داخل المجموعات	76.624	146	0.361		
	الاجمالي	82.155	149			
الرؤيــــــة	بين المجموعات	5.175	3	0.254	0.781	0.506

[1]شاكر، ليلى حسام الدين،(2001).نموذج لدراسة أثر قيم المديرين على جاهزية المنظمة للتعلم بالتطبيق على منظمات قطاع الكهرباء والطاقة المصري، المجلة العلمية لكلية التجارة، ع(18)، جامعة الأزهر، القاهرة،2001.

المشتركة	داخل المجموعات	102.198	146	0.325		
	الاجمالي	107.373	149			
أنظمة التفكير	بين المجموعات	5.522	3	1.144	4.064	0.008
	داخل المجموعات	82.666	146	0.282		
	الاجمالي	88.187	149			
النماذج العقلية	بين المجموعات	3.793	3	0.882	2.924	0.036
	داخل المجموعات	93.082	146	0.302		
	الاجمالي	96.875	149			
تعلم العمل كفريق	بين المجموعات	5.654	3	0.289	0.917	0.434
	داخل المجموعات	105.481	146	0.315		
	الإجمالي	111.135	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين كل من الأبعاد (الإجادة الشخصية – أنظمة التفكير– النماذج العقلية) وبين متغير سنوات الخبرة عند مستوى الدلالة 5% ، أما بقية أبعاد (الرؤية المشتركة –تعلم العمل كفريق) فلها كافة مستويات الدلالة هي أكبر من 0.05 أي أنه لا توجد فروقات معنوية بينها و بين متغير سنوات الخبرة.

جدول رقم (4-75) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير سنوات الخبرة

	سنوات الخبرة	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الإجادة الشخصية	أقل من 5 سنوات	35	2.8514	0.60458
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	71	2.9662	0.57568
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	35	3.0686	0.68246
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	9	3.5111	0.38873
	الاجمالي	150	2.9960	0.61326
أنظمة التفكير	أقل من 5 سنوات	35	2.3286	0.56139
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	71	2.3839	0.54339
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	35	2.5486	0.51414
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	9	2.9111	0.30185
	الاجمالي	150	2.4267	0.54670
النماذج العقلية	أقل من 5 سنوات	35	2.3071	0.44178
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	71	2.5599	0.54028
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	35	2.6214	0.63989

	من 15 إلى أقل من 20 سنة	9	2.7778	0.61802
	الاجمالي	150	2.5283	0.55979

ان مستوى مدركات أفراد العينة لأبعاد المنظمة المتعلمة عموما" منخفض ، الا أنه كلما تراكمت الخبرة لدى الفرد زادت قدرته على تكوين صورة شاملة عن ماهية العمل ، وزادت قدرته على التكييف مع ظروف العمل ، ورؤية نفسه وبيئة عمله بنظرة مختلفة أكثـر شـمولية ، وبعبـارة أخرى تطوير قدرته في التحليل والتسبيب والتعلم .

التحليل التبايني وحيد الاتجاه لمتغير العمر:

يبين الجدول (4-76) التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير العمر

جدول رقم (4-76)التحليل التبايني وحيد الاتجاه One Way ANOVA لمتغير العمر

		مجمـوع التربيعات	df	متوسـط التربيعات	معامل فيشر	الدلالة
الإجـادة الشخصـية الشخصية	بين المجموعات	5.949	4	1.487	4.305	0.003
	داخل المجموعات	50.089	145	0.345		
	الاجمالي	56.038	149			
الرؤيـة المشتركة	بين المجموعات	2.958	4	0.740	2.368	0.055
	داخل المجموعات	45.284	145	0.312		
	الاجمالي	48.242	149			
أنظمة التفكير	بين المجموعات	6.231	4	1.558	5.897	0.000
	داخل المجموعات	38.302	145	0.264		
	الاجمالي	44.533	149			
النماذج العقلية	بين المجموعات	4.764	4	1.191	4.118	0.003
	داخل المجموعات	41.928	145	0.289		
	الاجمالي	46.692	149			
تعلـم العمـل كفريق	بين المجموعات	1.748	4	0.437	1.405	0.235
	داخل المجموعات	45.102	145	0.311		
	الإجمالي	46.850	149			

ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 5%

توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين كل من الأبعاد (الإجادة الشخصية –-أنظمـة التفكير– النماذج العقلية) وبين متغير سنوات العمر عند مستوى الدلالـة 5% ، أمـا (الرؤيـة المشتركة –بعد تعلم العمل كفريق)– فليس لها فروقات معنوية بينها و بين متغير العمر.

جدول رقم (4-77) جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغير سنوات العمر

	العمر	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري
الإجـــــــــادة الشخصية	أقل من 20	4	2.8580	0.52599
	من 20 إلى أقل من 30 سنة	69	3.0500	0.60108
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	61	3.0754	0.62627
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	15	3.3867	0.28752
	من 50 إلى أقل من 60 سنة	1	-	.
	الإجمالي	150	2.9960	0.61326
أنظمة التفكير	أقل من 20	4	2.4580	0.11547
	من 20 إلى أقل من 30 سنة	69	2.7000	0.53699
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	61	2.2820	0.51688
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	15	2.8800	0.43293
	من 50 إلى أقل من 60 سنة	1	-	.
	الإجمالي	150	2.4267	0.54670
النماذج العقلية	أقل من 20	4	2.4384	0.51539
	من 20 إلى أقل من 30 سنة	69	2.5410	0.53276
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	61	2.6875	0.54996
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	15	2.9333	0.51293
	من 50 إلى أقل من 60 سنة	1	-	.
	الاجمالي	150	2.5283	0.55979

إن مستوى مدركات أفراد العينة لأبعاد المنظمة المتعلمة عموما منخفض ، إلا أنه كلما زاد عمر الفرد تراكمت خبرته مما يمكنه في حال توفر التحفيز المناسب من الاستفادة من المعارف والخبرات التي تراكمت لديه مع الزمن في تحسين الأداء و تحقيق الأهداف المنشودة .

<u>أي أن الفرض الرابع (ب)</u>

- **مثبت جزئيا" حيث توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين:**

✓ **متغير النوع وبعد تعلم العمل كفريق.**

✓ **متغير سنوات الخبرة و متغير العمر والأبعاد (الإجادة الشخصـــية – أنظمـــة التفكيـــر– النماذج العقلية)**

- **ومنفي جزئيا" حيث لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين:**

✓ **المؤهل الدراسي وأبعاد المنظمة المتعلمة.**

✓ **متغير سنوات الخبرة و متغير العمر والأبعاد (الرؤية المشتركة –تعلم العمل كفريق)**

4-5-5- مقارنة النتائج على المستوى الطبي والفندقي:

يبين الجدول رقم (4- 78) مقارنة النتائج التي توصلت إليها الباحثة على المستويين الطبي والفندقي.

جدول رقم (4-78) جدول مقارنة النتائج على مستوى الطبي والفندقي

		القطاع الطبي	القطاع الفندقي
1	**مستوى إدراك أبعاد المنظمة المتعلمة**	ذو درجة متوسطة ،	ذو درجة منخفضة ، ماعدا بعد الإجادة الشخصية هو ذو درجة متوسطة
2	**ترتيب أبعاد المنظمة المتعلمة حسب الأهمية النسبية من الأكثر إدراكا" إلى الأقل إدراكا"**	الإجادة الشخصية- النماذج العقلية- تعلم العمل كفريق- أنظمة التفكير- وأخيرا" الرؤية المشتركة.	الإجادة الشخصية- النماذج العقلية- أنظمة التفكير - الرؤية المشتركة - وأخيرا" تعلم العمل كفريق.
3	**مستوى إدراك أبعاد جودة الخدمة**	ذو درجة متوسطة ، ماعدا بعد الاعتمادية هو ذو درجة مرتفعة	ذو درجة منخفضة ، ماعدا بعد الملموسية هو ذو درجة متوسطة
4	**ترتيب أبعاد جودة الخدمة حسب الأهمية النسبية من الأكثر إدراكا" إلى الأقل إدراكا"**	الاعتمادية- الملموسية -الاستجابة -الأمان- التعاطف.	الملموسية- الاستجابة- الأمان- الاعتمادية - وأخيرا" التعاطف.
5	**نمط العلاقة بين المنظمة المتعلمة وجودة الخدمة**	علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية	علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية
6	**قوة الارتباط بين المنظمة المتعلمة وجودة الخدمة**	✓ بين الأبعاد (الرؤية المشتركة - النماذج العقلية - أنظمة التفكير) و جودة الخدمة هو ضعيف الشدة. ✓ بعد الإجادة الشخصية مع أبعاد جودة الخدمة متوسط الشدة(ما عدا الملموسية فهو ضعيف الشدة) ✓ بعد تعلم العمل كفريق مع أبعاد جودة الخدمة متوسط الشدة (ما عدا مع بعدا الملموسية و الأمان فهو ضعيف الشدة)	✓ بين بعد أنظمة التفكير و جودة الخدمة هو ضعيف الشدة. ✓ بعدا الرؤية المشتركة و النماذج العقلية مع أبعاد جودة الخدمة ضعيف الشدة ما عدا (بعد التعاطف وبعد الأمان فهي متوسطة الشدة) ✓ بعد الإجادة الشخصية مع أبعاد جودة الخدمة متوسط الشدة ✓ بعد تعلم العمل كفريق مع أبعاد المنظمة المتعلمة متوسط الشدة (ما عدا الملموسية فهو ضعيف الشدة)
7	**القوة التفسيرية للمنظمة المتعلمة في جودة الخدمة**	قوة تفسيرية محدودة نسبيا"تبلغ كحد أقصى 28.9 %	قوة تفسيرية مقبولة نسبيا "تبلغ كحد

			أقصى 41.4%
8	**وجود فروق جوهرية بين جودة الخدمة والمتغيرات الديموغرافية للعملاء**	✓ لاتوجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين (نوع العميل – جنسية العميل – الهدف من الزيارة) و بين أبعاد جودة الخدمة الطبية . ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من : • متغير العمر وأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاعتمادية –الأمان). •متغير الدخل وأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاستجابة – التعاطف).	✓ لاتوجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين (عمر العميل – دخل العميل – الهدف من الزيارة – النوع) و بين أبعاد جودة الخدمة الفندقية . ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنسية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية (الاعتمادية – الأمان).
9	**وجود فروق جوهرية بين المنظمة المتعلمة والمتغيرات الديموغرافية للأفراد**	• توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين: ✓ متغير سنوات الخبرة وكافة أبعاد المنظمة المتعلمة. ✓ متغير العمر والأبعاد(الإجادة الشخصية –أنظمة التفكير). • لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية. ✓ بين متغير النوع وأبعاد المنظمة المتعلمة. ✓ متغير العمر والأبعاد (الرؤية المشتركة – النماذج العقلية – تعلم العمل كفريق).	• توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين: ✓ متغير النوع وبعد تعلم العمل كفريق. ✓متغير سنوات الخبرة و متغير العمر والأبعاد (الإجادة الشخصية – أنظمة التفكير – النماذج العقلية) • لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين: ✓ المؤهل الدراسي وأبعاد المنظمة المتعلمة. ✓ متغير سنوات الخبرة و متغير العمر والأبعاد (الرؤية المشتركة –تعلم العمل كفريق)

يفسر لنا الجدول السابق مايلي :

1 – إن مستوى إدراك الأطباء لأبعاد المنظمة المتعلمة هو ذو درجة متوسطة ، بينما مستوى إدراك العاملين لأبعاد المنظمة المتعلمة هو ذو درجة منخفضة، وقد يعود ذلك إلى أن مهنة الطب تفرض على أصحابها مواكبة كافة التطورات التقنية والعلمية ، وتجريب الأفكار الإبداعية و التعلم من الأخطاء الماضية، وممارسة الحوار والتفاعل وتبادل الآراء بشكل جماعي ومناقشة الأفكار الجديدة والتعبير عنها.

2- عند ترتيب أبعاد المنظمة المتعلمة حسب الأهمية النسبية من الأكثر إدراكا" إلى الأقل إدراكا" نجد أن بعد الإجادة الشخصية يحتل مركز الصدارة على مستوى الفئتين ، أي أن الأفراد في كل الفئتين يهتمون بتطوير مهاراتهم الشخصية، واكتساب المعارف والخبرات الجديدة والتدرب على المهام الصعبة.

3- إن مستوى إدراك العملاء لأبعاد جودة الخدمة الطبية ذو درجة متوسطة ،(ماعدا بعد الاعتمادية هو ذو درجة مرتفعة)، بينما إدراكهم لجودة الخدمة الفندقية فمنخفض (ما عدا بعد الملموسية فهو درجة متوسطة).أي أن أغلب العملاء يؤيدون أن الخدمة الطبية مقبولة و الطبيب يقدم عناية طبية جيدة لمرضاه ، إلا أن مستوى الخدمات الفندقية متدني و لا يلبي رغباتهم وتطلعاتهم.

4- إن قوة الارتباط بين كل من البعدين الإجادة الشخصية و تعلم العمل كفريق وجودة الخدمة على نطاق المستويين الطبي والفندقي بصورة عامة متوسط الشدة ، أي أن سلوكيات العمل الجماعي المشترك وتبادل الخبرات والمهارات بين الأفراد ، وتطوير القدرات لانجاز المهام يسهم بصورة ايجابية في تحسين نوعية الخدمة المقدمة للعملاء.

5 - إن قوة الارتباط بين كل من الأبعاد (أنظمة التفكير- النماذج العقلية- الرؤية المشتركة) وجودة الخدمة على نطاق المستويين الطبي والفندقي بصورة عامة ضعيف الشدة ،أي أن ممارسة الأفراد لأساليب التفكير الابتكاري والربط بين النتيجة والسبب والتركيز على التقدم السريع في المعرفة والربط بشكل مباشر بين الأداء ورؤية المنظمة و استراتيجياتها ، يساعد بصورة بسيطة في الارتقاء بجودة الخدمة المقدمة للعملاء.

6- إن عمر العميل يلعب دورا" في تقييميه لأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاعتمادية –الأمان)، كما أن دخله يؤثر على إدراكه لأبعاد الخدمة الطبية (الاستجابة –التعاطف) ، أما جنسيته فتحدد مستوى إدراكه لأبعاد جودة الخدمة الفندقية (الاعتمادية –الأمان).

7- إن سنوات خبرة الفرد وعمره على المستويين الفندقي والطبي بصوره عامة تلعب دورا" ايجابيا" في تبنيه لأبعاد المنظمة المتعلمة ، فمع تراكم سنوات الخبرة يصبح أكثر قدرة على ممارسة مهارات التفكير الإبداعي والانفتاح على الآخرين وتبادل الخبرات والمعارف معهم ، والعمل معا" من أجل انجاز الأهداف المشتركة.

كما أنه مع تقدم في العمر وتراكم الخبرة يصبح أكثر قدرة على الاستفادة من معارفه وخبراته الماضية والربط بين أسباب المشكلات وحلولها.

8 – إن هناك فروق معنوية بين متغير النوع وتعلم العمل كفريق على النطاق الفندقي لصالح الإناث .بينما لاتوجد فروق معنوية بين متغير النوع و أبعاد المنظمة المتعلمة علـــى المســـتوى الطبي.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

- النتائج
- التوصيات

أولاً – النتائج:

يمكن تلخيص نتائج الدراسة الميدانية بما يلي :

1–إن مستوى تبني الأطباء لأبعاد المنظمة المتعلمة يعد متوسطا"، لكن يتفوق بعد الإجادة الشخصية على بقية الأبعاد من حيث درجة ممارسته ، حيث يميل الأطباء إلى التطوير الذاتي ومواكبة كل ما هو جديد في المجال الطبي.

2–إن مستوى إدراك العاملين بالفنادق لأبعاد المنظمة المتعلمة يعد متدنيا"، حيث تغيب روح العمل الجماعي والرؤية المشتركة للمهام ، وتخلو أجواء العمل من الانفتاح والصراحة والوضوح.

3– يؤمن العملاء بقدرة الأطباء على أداء الخدمة الطبية التي وعدوا بها على درجة عالية من المهارة والإتقان، حيث يتمتع مستوى مدركات العملاء لبعد الاعتمادية بدرجة مرتفعة ، بينما مستوى إدراك العملاء لبقية أبعاد جودة الخدمة الطبية فهو ذو درجة متوسطة.

4- إن مستوى تقييم العملاء لأبعاد جودة الخدمة الفندقية كان منخفضا"، إلا أن أكثرها تدنيا" هو بعد التعاطف ، حيث يشعر العملاء بالإهمال من جانب الموظفين وأن إدارة الفندق لاتهتم برغباتهم ومصالحهم.

5– توجد علاقة ايجابية ضعيفة بين الأبعاد (الرؤية المشتركة – النماذج العقلية – أنظمة التفكير) و جودة الخدمة الطبية ، حيث أن توافر الإدارة الواعية القادرة على خلق الرؤية المشتركة القائمة على مبدأ العطاء وحفز الأفراد على تغيير أساليب تفكيرهم وتتيح لهم الفرص لتعلم انجاز مهامهم بطرق جديدة ، يساهم ولو بجزء بسيط في توجيه الأطباء نحو تفهم حاجات ورغبات مرضاهم بشكل أفضل.

6– يوجد ارتباط ايجابي متوسط الشدة بين بعد الإجادة الشخصية وأبعاد جودة الخدمة الطبية (ما عدا بعد الملموسية فهو ضعيف) . حيث أن توجه الطبيب نحو تنمية مهاراته وقدراته على التعلم والتطلع لكل ما هو جديد و مبدع في مجال تخصصه يلعب دورا" لا يستهان به في تمكينه من التعامل بمرونة مع المرضى والاستجابة لطلباتهم بإخلاص وتفان.

7– توجد علاقة ايجابية متوسطة بين بعد تعلم العمل كفريق وأبعاد جودة الخدمة الطبية (ما عدا مع بعدا الملموسية و الأمان فهي ضعيفة) ، فالتعاون الجماعي والتحاور والتواصل بين الأطباء لنقل الخبرات والمعارف يلعب دورا" في تحسين نوعية الخدمة الطبية المقدمة .

8- يوجد تأثير ايجابي ضعيف لبعد أنظمة التفكير على أبعاد جودة الخدمة الفندقية ، حيث أن توافر الإدارة العليا التي تشجع العاملين على الاهتمام بنشاطات التعلم الداعمة لمهارات التفكير الابتكاري والربط بين حلول المشكلات وأسبابها، يساهم بجزء بسيط في تحسين جودة الخدمة الفندقية المقدمة.

9- توجد علاقة ايجابية ضعيفة بين بعدا الرؤية المشتركة والنماذج العقلية مع أبعاد جودة الخدمة الفندقية ما عدا (بعد التعاطف وبعد الأمان فهي متوسطة) . وبالتالي فان توافر الإدارة الواعية القادرة على نشر الأهداف المشتركة في العمل القائمة على مبدأ تبادل المعلومات والمعارف بين الأفراد، وبث روح الطموح والابتكار فيهم، تساعد نوعا ما على تمكين العاملين من إشعار النزلاء بالراحة والطمأنينة أثناء تقديم الخدمة لهم.

10- توجد علاقة ايجابية متوسطة بين بعد الإجادة الشخصية و أبعاد جودة الخدمة الفندقية.

11- يوجد ارتباط ايجابي متوسط بين بعد تعلم العمل كفريق و أبعاد جودة الخدمة الفندقية (ما عدا الملموسية فهو ضعيف).

12- لاتوجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين (نوع العميل – جنسية العميل – الهدف من الزيارة) و بين أبعاد جودة الخدمة الطبية .

13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من متغير العمر وأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاعتمادية –الأمان) .حيث كلما ازداد عمر العميل كلما انخفض تقييمه لجودة الخدمة الطبية.حيث بما أن أغلب المعالجات الطبية هي تجميلية يميل الأفراد الأكبر سنا" إلى المطالبة بنتائج مثالية وأكثر شبابية مما يجعلهم أقل اقتناعا" بنتائج المعالجة .

14- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من متغير الدخل وأبعاد جودة الخدمة الطبية (الاستجابة – التعاطف).

15- لاتوجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين (عمر العميل – دخل العميل – الهدف من الزيارة – النوع) و بين أبعاد جودة الخدمة الفندقية .

16- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنسية وأبعاد جودة الخدمة الفندقية (الاعتمادية –الأمان).

17- توجد فروقات معنوية بين: متغير سنوات الخبرة وكافة أبعاد المنظمة المتعلمة على النطاق الطبي.وكذلك بين متغير العمر والأبعاد(الإجادة الشخصية –أنظمة التفكير). حيث أنه مع العمر تتراكم خبراتهم وتزداد قدرة الأفراد على ممارسة التفكير الحر والانفتاح على الآخرين وتجريب

الأفكار جديدة بعيدا" عن الخوف من الفشل ، والاعتراف بالأخطاء والتعامل معها على أساس أنها فرص للتعلم.

18- لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين متغير النوع على النطاق الطبي وأبعاد المنظمة المتعلمة.

19- لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين المؤهل الدراسي وأبعاد المنظمة المتعلمة على النطاق الفندقي.

20- توجد فروقات معنوية ذات دلالة إحصائية بين متغير النوع على النطاق الفندقي وبعد تعلم العمل كفريق لصالح الإناث.

21- على الرغم من الاختلاف في نوعية وماهية الخدمة التي يقدمها كل من القطاعيين الفندقي والطبي وكذلك في خصائص ومقومات الأفراد الذين يقدمونها ، فعند مقارنة النتائج على المستويين الفندقي والطبي **هناك عدة نقاط تلاقي تتمثل في:**

- يعد بعد الإجادة الشخصية بما ينطوي عليه من معاني تطوير المهارات الشخصية وتعلم معارف وخبرات جديدة هو الأكثر إدراكا" من قبل الأفراد على مستوى الفئتين.

- توجد علاقة ايجابية متوسطة الشدة بين كل من البعدين الإجادة الشخصية و تعلم العمل كفريق وجودة الخدمة على نطاق المستويين الطبي والفندقي بصورة عامة ، أي أن سلوكيات العمل التعاوني المشترك وتطوير القدرات الجماعية للوصول إلى الأهداف المنشودة يسهم بصورة ايجابية في الارتقاء بجودة الخدمة.

- إن قوة الارتباط بين كل من الأبعاد (أنظمة التفكير- النماذج العقلية- الرؤية المشتركة) وجودة الخدمة على نطاق المستويين الطبي والفندقي بصورة عامة ضعيف الشدة .
- إن سنوات خبرة الفرد وعمره على المستويين الفندقي والطبي بصوره عامة تلعب دورا" ايجابيا" في تبنيه لأبعاد المنظمة المتعلمة ،حيث أنه مع تقدم الفرد في العمر وتراكم الخبرة يصبح أكثر قدرة على رؤية الأمور بصورة أكثر شمولية وتبادل المعلومات والمعارف مع الآخرين.

كما توجد هناك عدة نقاط اختلاف تتمثل في:

- يؤكد أغلب العملاء على أن الخدمة الطبية مقبولة والطبيب يقدم عناية طبية جيدة لمرضاه ، إلا أن مستوى الخدمات الفندقية منخفض لايرقى إلى المستوى المطلوب.
- إن مستوى إدراك الأطباء لأبعاد المنظمة المتعلمة هو ذو درجة متوسطة ، بينما مستوى إدراك العاملين لأبعاد المنظمة المتعلمة هو ذو درجة منخفضة.

- إن هناك فروق معنوية بين متغير النوع وتعلم العمل كفريق على النطاق الفنـــدقي لصـــالح الإناث .بينما لاتوجد فروق معنوية بين متغير النوع و أبعاد المنظمة المتعلمة علـــى المســـتوى الطبي.
- ان جنسية العميل تؤثر على تقييمه لأبعاد جودة الخدمة الفندقية ، أما عمره ودخله فيحـــدد مستوى إدراكه لأبعاد الخدمة الطبية بصورة عامة.

ثانياً –التوصيات:

في ضوء الإطار النظري للبحث والنتائج التي توصلت إليها الباحثة من خلال دراستها العملية فإنه يمكن إيجاز أهم التوصيات التي تقترحها الباحثة في هذا المجال فيما يلي:

أ–على مستوى السياحة العلاجية:

1- قيام القائمين في وزارة السياحة بتسهيل إيجاد نوع من التعاون والتنسيق بين السفارات والمؤسسات والمراكز الصحية من جهة ، وبين المنظمات السياحية (المكاتب السياحية – الفنادق) والمؤسسات الصحية من جهة أخرى .

2- تقديم كافة التسهيلات للمرضى ومرافقيهم للدخول إلى سورية وتوفير مواصلات مؤمنة على مستوى عالي من الرفاهية وبأسعار معقولة.

3- تقديم قروض طويلة الأجل وبفوائد منخفضة للمنظمات السياحية والمراكز الطبية والمشافي لمساعدتها على تطوير قدراتها وتحسين جودة خدماتها وتلافي نقاط الضعف التي تعاني منها.

4- القيام بمسح إحصائي للتعرف على عدد الكوادر البشرية المتوفرة في كل من المنظمات السياحية والمؤسسات الصحية ، وتزويدها بالتقنية اللازمة ، ومن ثم تحديد دور كل منها في تطوير السياحة العلاجية.

5-قيام وزارة السياحة بالحث على عقد مؤتمرات وندوات في الفنادق والمنظمات السياحية الأخرى تعرف العاملين بتجارب الدول الناجحة في مجال السياحة العلاجية كالهند ، سنغافورة ،تايلاند، ماليزيا ، الأردن.

6- تفعيل دور الإعلام المرئي للترويج للسياحة العلاجية في سورية، وتحديد مجالات الخدمات الطبية المقدمة للسياح الأجانب وأنواعها، وتحليلها وتحديد أولوياتها ،ووضع المؤشرات اللازمة لتقويمها.

7- قيام وزارة الصحة بإنشاء دليل مكتوب يتضمن أسماء كافة المشافي وعناوين الأطباء وتخصصاتهم في سورية، والقيام بتوزيع هذا الدليل على السياح في المطارات والفنادق.

8- قيام وزارة السياحة بسن كافة التشريعات والقوانين التي تشجع على الاستثمار في سورية ، وتقديم كافة المغريات والتسهيلات ،وتحثهم على بناء الفنادق والمراكز الصحية والمدن الطبية بالقرب من مصادر الاستشفاء الطبيعية على سبيل المثال ينابيع المياه المعدنية الحارة ، شواطئ البحر.

9- إيجاد شركات وسيطة بين المؤسسات الطبية والمنظمات السياحية تقوم بتقديم حزمة خـــدمات متكاملة للسياح الطبيين من تأمين خدمات توصيل من المطارات إلى المراكز الطبية إلى الفنادق ورحلات إلى المراكز السياحية والترفيهية ومرشدين سياحيين.

ب– على مستوى منظمة التعلم :

1 - توعية العاملين بأهمية التعلم ومبادئ المنظمة المتعلمة ، من خلال وسائل الإعلام المرئية وإقامة الندوات والمؤتمرات واللقاءات مفتوحة، التي تشجع على بناء رؤية واضحة تدعم الاهتمام بالتعليم المستمر للعنصر البشري وترسم معالم عملية لتبني منهج المنظمة المتعلمة.

2 - قيام القادة في المشافي والفنادق على السواء بتفعيل إجراءات تساعد على خلق ثقافة التعلم بين العاملين، من خلال تقديم برامج مقترحة للتعلم والتدريب دورية وشهرية، تشتمل على عاملين بمهارات وتخصصات متباينة لزيادة قدراتهم وخبراتهم.

3 - تشجيع العمل ضمن فرق ذاتية الإدارة ،من خلال ترسيخ أسس وقواعد العمل الجماعي المشترك، والبعد عن المركزية وتحقيق المرونة وتفويض الصلاحيات، وإعمال الحوارات والمناقشات المثمرة.

4 - تقديم حوافز ابتكارية مجزية للعاملين الملتزمين بعملية التعلم، وإتاحة الوقت اللازم للعاملين لمراجعة تفاصيل أعمالهم واستعراضها وتفحصها وتقييم الأفكار الجديدة واختبار طرق مختلفة لأداء الأنشطة والمهام.

5 - تمكين السمات القيادية للمدراء، من خلال إيفادهم في دورات تعلمية تدريبية متخصصة في الخارج، تقوم بتدريبهم على أساليب القيادة الحديثة، وتساعدهم على تنمية مهاراتهم في مجالات التأثير الكاريزمي، بناء جماعات عمل فعالة، الاتصالات الناجحة، عقد اجتماعات العمل المثمرة.

6 - توفير المرونة اللازمة في العمل، وتمكين العاملين، والسماح للمعلومات بتدفق بحرية وانسيابية، وتوفير نظم اتصالات مفتوحة، وتفويض السلطة، والمشاركة في عملية اتخاذ القرارات. مما يساعد على تقليل حدة البيروقراطية التقليدية والتقيد الحرفي بإجراءات العمل والإجراءات الرسمية الرتيبة المعقدة ، و الانتقال التدريجي من الهيكل التنظيمي التقليدي الآلي الجامد إلى الهيكل المرن العضوي.

7 - دعم وتشجيع فرص النمو والتعلم، وتوفير التجهيزات والأدوات والمعلومات والوقت والبيانات المطلوبة لأداء العمل بأسلوب احترافي.

8 – مساعدة العاملين على تغيير سلوكياتهم في العمل باتجاه ايجابي، من خلال تشجيع سلوكيات التعلم والتشارك المعرفي، وسيادة النسق القيمي الفعال وتقديس العمل، وبناء أواصر الثقة والتعاون والاحترام المتبادل بين العاملين، والسماح بالنقد البناء والاعتراف بالأخطاء والتعلم منها.

ج–على مستوى جودة الخدمة الطبية :

1 - قيام وزارة الصحة بسن قوانين تساعد على تأمين عنصر السلامة والأمان في المعالجات الطبية للتقليل قدر الإمكان من الأخطاء الطبية ، أو الأخطار المتعلقة بالتواجد في المشافي.

2 - السعي لتطوير الجانب الفندقي للمشافي و الاهتمام بنوعية الطعام والوجبات المقدمة للمرضى .وكذلك الاهتمام بالنظافة العامة وتوافر أماكن مريحة للانتظار.

3 - الاهتمام بتوفير عنصر الخصوصية للمرضى، وكذلك توفير كافة وسائل الترفيه والراحة مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض، والوسائل التعليمية، والكتب.

4 - عقد ندوات ومؤتمرات يتم من خلالها تثقيف الأطباء بأهمية ترسيخ التفاعل الايجابي بين المرضى والكادر الطبي، وتوافر عنصر اللباقة والاحترام والثقة المتبادلة بين الطبيب ومريضه.

5- الاهتمام بتوفير الإقامة المريحة والوسائل الترفيه لأقارب المرضى ومرافقيهم ، بالإضافة إلى تأمين مترجمين لتحقيق التواصل الشفهي والمكتوب مع المرضى الأجانب.

6- توفير كافة الأجهزة والتقنيات الطبية عالية المستوى ، وتقديم الخدمة المتميزة بتكلفة رخيصة نسبيا"، و الحفاظ على خصوصية وسرية المعلومات المتعلقة بالمرضى.

7-إجراء تقييم دوري لأداء الكوادر الطبية في العيادات والمؤسسات الطبية ،وتقديم النصح والارشاد لهم، وتوفير التغذية المرتدة عن أدائهم.

د–على مستوى جودة الخدمة الفندقية :

1- إعداد دورات تدريبية للعاملين في الفنادق لتدريبهم وتنمية مهاراتهم وقدراتهم على إدراك الاحتياجات والمتطلبات الخاصة بكل عميل، وإعدادهم للتصرف بلباقة وكياسة مع العملاء.

2- تعزيز شعورالثقة والأمان بين الفندق وعملائه من خلال الاستماع لشكاوي العملاء والاهتمام بمقترحاتهم والإسراع بحلها ،والتأكد من كمية ونوعية المعلومات المتوفرة لدى العاملين والتي قد يستفسر حولها العميل.

3- الاهتمام بالنظافة العامة للفندق وبعمل صيانة دورية وتوفير مظهر لائق للعاملين ، وتجديد الديكورات الداخلية والخارجية للفندق من فترة لأخرى حسب أحدث التصاميم، والتركيز على جودة الطعام ومذاقه

4 .- تقديم الحوافز المادية والمعنوية للعاملين لتشجيعهم على حسن استقبال والترحيب بالعملاء ،بالإضافة إلى توفير عنصر المرونة والسرعة في إجراءات الدخول والخروج والحفاظ على خصوصية العملاء وسرية معاملاتهم المالية .

5- العمل على توفير كافة وسائل النقل اللازمة للعملاء لتوصيلهم من الفندق إلى مراكز المعالجة الطبية والى مراكز التسوق وبالعكس.

توصيات ببحوث مستقبلية

توصي الباحثة بتناول الموضوعات التالية في البحوث المستقبلية:

١. إجراء دراسة مقارنة بين المشافي السورية والمشافي الأردنية ، حول تقييم العملاء لجودة الخدمات الطبية المقدمة وأثرها في رضاهم.

٢. إجراء دراسة حول دور استراتيجيات التعلم التنظيمي في تحسين جودة الخدمات المقدمة في المنظمات الجمركية في سورية.

٣. إجراء دراسة حول سوق السياحة العلاجية الداخلية ومتطلباته .

المراجع

المراجع العربية

أ – الكتب:

1-الأنصاري ، محمد إمام ،عواد ، إبراهيم خالد، (2002) . إدارة المنشآت السياحية، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، ط1.

2-أورمان أسعد ،حامد الديوه جي ، أبي سعد (2000) ،التسويق السياحي والفندقي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2000 .

3-حافظ ، إجلال ، السيد، محمود ، وآخرون، (2003) . الإدارة ، الأصول والأسس العلمية – منظمات التعلم ، (القاهرة: دار الحريري للطباعة ،2003)

4-الحداد، عوض بدير، (1999). تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر.

5-خالد بن سعد عبد العزيز بن سعد(1997)،إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، لا يوجد ناشر1997.

6-الضمور ، هاني حامد ، (2005) ،تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر ، الطبعة الثالثة ، عمان ، 2005

العجارمة ، تيسير ، (2005). التسويق المصرفي ، عمان دار الحامد .

7-العزاوي، محمد عبد الوهاب.(2005). إدارة الجودة الشاملة. ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

8-غنيم، أحمد الرفاعي وآخرون،(2000)، أساليب التحليل الإحصائي، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، 2000.

9-الفاعوري ، رفعت عبد الحليم ،(2005). إدارة الإبداع التنظيمي،(القاهرة) :المنظمة العربية للتنمية الإدارية

10-الدراركة ، مأمون (2002) . إدارة الجودة الشاملة ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى،عمان.

11-رزق الله، عايدة نخلة،(2002) . دليل الباحثين في التحليل الإحصائي – الاختيار والتفسير، القاهرة، مكتبة عين شمس، الطبعة الأولى، 2002.

12-زين الدين، فريد (1996)، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، ، بدون ناشر، القاهرة

13-السالم ، مؤيد سعيد، (2005). منظمات التعلم ، (القاهرة : المنظمة العربيـــة للتنميـــة الإداريـــة – بحوث ودراسات ،2005

14-السكر، مروان (1999)، مختارات من الاقتصاد السياحي، دار مجـــدلاوي للنشـــر، ط1 ، الأردن، 1999

-15 .(2004). إدارة الرعاية الصحية. ، ترجمة طلال الأحمـــدي، معهـــد الإدارة العامة، الرياض.

16-الكبيسي، عامر خضير ، (2004) . إدارة المعرفة وتطوير المنظمات ، (الإســـكندرية ، المكتبـــة الجامعي الحديث).

17-ماضي، محمد توفيق، (2002). تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية فـــي مجـــال الصحة والتعليم –نموذج مفاهيمي مقترح، (المنظمة العربية للتنمية الإدارية 2002) سلســـلة البحـــوث والدراسات ،ط١.

18-ماهر، أحمد ، أبو قحف، عبد السلام. (1999) ، تنظيم وإدارة المنشات الســـياحية والفندقية،الطبعـــة 2،المكتب العربي الحديث، مصر، 1999 .

19-مخيمير،عبد العزيز، (2003).الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيق، المنظمة العربية للعلوم الإدارية .2003

20-محمد غنيم، عثمان (1999). التخطيط السياحي، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1 ، الأردن،1999.

21-مقابلة،خالد ، (1999)، فن الدلالة السياحية ، دور وائل للنشر، عمان، 1999 .

22-موك، كوني ، (2007)، إدارة جودة الخدمة في الضيافة والسياحة ووقت الفراغ، تعريب، ســـرور علي إبراهيم سرور، دار المريخ للنشر، الرياض.

ب–الدوريات

1-ابراهيم، بظاظو ، العمايرة ، أحمد (2010) أهمية تطبيق إدارةالجودة الشاملة في فنادق فئة الخمـــس نجوم في الأردن من وجهة نظر العاملين، مجلة العلوم الإدارية ، دراسات الجامعة الأردنيـــة ، مقبـــول للنشر 2010

2-إدريس، ثابت عبد الرحمن ، المرسي، جمـــال الـــدين محمـــد، (1993)، "قيـــاس جـــودة الخدمـــة وتحليل العلاقة بينها وبين كل من الشـــعور بالرضـــا والميـــل للشـــراء: مـــدخل منهجـــي تطبيقـــي"، مجلة التجارة والتمويل، كلية التجارة، جامعة طنطا

3-إدريس، ثابت عبد الرحمن (1996)، "قيـــاس جـــودة الخدمـــة باســـتخدام مقيـــاس الفجـــوة بـــين الادراكات والتوقعات: دراسة منهجية بالتطبيق علـــى الخدمـــة الصـــحية بدولـــة الكويـــت، المجلـــة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، المجلد الرابع، العدد الأول.

4-أيوب، ناديا حبيب،(2004). دور ممارسة التعلم التنظيمي في مساندة التغيير الاستراتيجي في المنشآت السعودية الكبرى، الإدارة العامة، المجلد(44)، العدد(1)، الرياض.

5-برهوم ، أديب ، زاهر ، بسام ، السليمان ، وائل ، (2007) ، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي– دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية"– مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية –سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (29) العدد (2) 2007.

6-جودة، يوسف (2002) .مبادئ إدارة الجودة الشاملة مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية دراسة تطبيقية على بعض المستشفيات الحكومية بمديرية الشئون الاجتماعية، جامعة الزقازيق، مجلة البحوث التجارية، العدد الأول، 2002 .

7-الحنيطى، محمد فالح (2001) . التعليم التنظيمي في الأجهزة الحكومية بالأردن من وجهة نظر المشرفين دراسة ميدانية . المنارة .(7) .العدد الثاني.

8-الحواجرة، كامل محمد، (2007). مدى إمكانية تطبيق مفهوم المنظمة المتعلمة في الجامعات الأردنية الخاصة من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية" "، ورقة عمل مقدمة الى المؤتمر العلمي الدولي السنوي الثامن إدارة التغيير ومجتمع المعرفة.

9-حيدر ، عبد اللطيف ؛ محمد المصيلحي ، محمد (2006)، دور المدرسة كمجتمع تعلم مهني في بناء ثقافة التعلم وتنميتها، مجلة كلية التربية /جامعة الإمارات العربية المتحدة ، السنة 21 ، العدد23.

10-السعودي ، أحمد موسى ، الزيات،محمد عواد (2007)،تحليل أثر العوامل الداخلية والخارجية على الجودة ،المجلة الاردنية في إدارة الأعمال ، المجلد 3 ،العدد3 ،2007.

11-السيد ، محمود محمد (2004) ، أثر القيم الثقافية على تطبيق فرق العمل ذاتية الإدارة في المنظمات الخدمية ، دراسة ميدانية على القطاع الفندقي ، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الأول.

12-السيد، محمود محمد ، (2005) . " أثر الهيكلة التنظيمية على التحول إلى منظمات التعلم . دراسة تطبيقية على مستشفيات جامعة عين شمس "، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الثاني.

13-شاكر، ليلى حسام الدين،(2001).نموذج لدراسة أثر قيم المديرين على جاهزية المنظمة للتعلم بالتطبيق على منظمات قطاع الكهرباء والطاقة المصري، المجلة العلمية لكلية التجارة، ع(18)، جامعة الأزهر، القاهرة،2001.

14-الشورة ، محمد سليم ، (2003) ، قياس جودة الخدمات في الفنادق ذات الخمس نجوم في عمان – الأردن ، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية ، 2003 ، المجلد السابع ، العدد الأول.

15-رشيد، صالح عبد الرضا وآخرون، (2006)، نحو منظمات محلية متعلمة في ظل الألفية الثالثة: دراسة اختباريه في الشركة العامة للصناعات الكهربائية، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، العدد 14، 2006.

16-رضا ، حسين مراد ؛ المهدي ، عبد الله بن محمد مختار (2000) ، استقصاء ميداني لقياس جاهزية التغيير الى منظمة التعلم، القاهرة ، خبراء العرب في الهندسة و الإدارة ، الموتمر الدولي الثاني عشر للتدريب والتنمية الإدارية.

17-الرفاعي،عبد الهادي ،(2005). دراسة إحصائية لواقع السياحة في سورية ،مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية ، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية ، المجلد (27) ، العدد (1) .

18-الزواوي ، محمد ، (2004) : 5 مليارات دولار يمكن ضخها في اقتصاد الهند مستقبل السياحة العلاجية في أسيا ، مجلة الجزيرة ، الثلاثاء 26 تشرين الأول ، 2004، العدد 104.

19-ديوب، محمد ، عطية، هنادي ، (2005) . إدارة تسويق الخدمات الطبّية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس ، مجلة جامعة تشرين سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (27) العدد (2).

20-عباينة ، رائد ، العدوان ياسر ، (2008).العوامل المؤثرة في ممارسة التعلم التنظيمي في البلديات الأردنية . مجلة الادارة العامة ، المجلد 48 ، العدد 3 .

21-عبد العظيم جاد، رمضان ، (1998) . مقياس مقترح للاستخدام في برامج تحسين الجودة :دراسة تطبيقية في البنوك التجارية بمحافظة الغربية، .المجلّة العلمية للتجارة والتمويل-جامعة طنطا، العدد الثاني،1998 .

22-عبد المنعم ، عزة صبحي ، " إدارة الجودة الشاملة : الطريق إلى التحسين المستمر " أخبار الإدارة ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، عمان ، العدد : 17 ، 1996".

23-عبد الوهاب ، علي ،(1995).القدرات الإبداعية للعاملين ، مجلة الإدارة العامة ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، العدد (25).

24-عبود ، علي سكر ، و آخرون (2009)، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي" ، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية ـــــــــــ المجلد 11 العدد 3 لسنة 2009

25-العلاق ، بشير ، محمود ، أحمد (2002) ، استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين الجودة المدركة ورضا الزبون .

26-العمر ، بدران بن عبد الرحمن، (2002)،" مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض"، مجلة الإدارة العامة، العدد الثاني، 2002 ، الرياض السعودية ،

27-صقر، هدى (2003) . المنظمة المتعلمة والتحول من الضعف الإداري ، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العربي الرابع للمنظمة العربية للتنمية الإدارية .

28-الكساسبة وآخرون،(2010). دور وظائف إدارة الموارد البشرية في المنظمة المتعلمة: دراسة حالة على مجموعة شركات طلال أبو غزالة في الأردن ، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 6، العدد1، 2010

29-المبيض،علي محمود،عواد،عمرو محمد أحمد ، (2002). محددات ونتائج تمكين العاملين بالوظائف الإدارية بمستشفيات عين شمس، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الأول ،2002

30-معلا، ناجي (1998)،" قياس جودة الخدمات المصرفية في الأردن"، مجلة العلوم الإدارية، دراسات، مجلد، 25 العدد1.

31-معلا ، ناجي،والطائي حميد (2003) . " تقييم السياح العرب لجودة الخدمات الفندقية التي تقدمها الفنادق العاملة في الأردن (دراسة تحليلية ميدانية)" مجلة الدراسات ، العلوم الإدارية، مجلد (30)،

32- مطاريد ،ناهد محمد،(1999). جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الاستثمارية بمنطقة المعادي. المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، العدد الثالث ،

33-يوسف ، يسري السيد ، (2002) ، مبادئ إدارة الجودة الشاملة – مدخل لتحسين جودة أداء الخدمات الصحية ، دراسة تطبيقية ، مجلة البحوث التجارية ، مجلد 24 ، العدد 1 ، القاهرة ، مصر

34-هيجان، عبد الرحمن أحمد،(1998). التعلم التنظيمي: مدخلاً لبناء المنظمات القابلة للتعلم، الإدارة العامة المجلد(37)، العدد(4)، الرياض، 1998.

ج–الرسائل

1-بكار ،براء (2002) . إدارة الإبداع في المنظمات المتعلمة : دراسة حالة ميدانية على شركة الاتصالات موبايلكم – الأردن ، رسالة ماجستير غير منشورة ، عمان:جامعة اليرموك :كلية الاقتصاد والإدارة.

2-حمود ، عبد الكريم . (2008) . المحددات الأساسية لتحويل المصارف إلى منظمات متعلمة .رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاقتصاد، جامعة حلب

3-خوجة ، محمد (2007) . جودة الخدمات الفندقية ورضاء العملاء دراسة ميدانية على فنادق الدرجة الأولى بمحافظة جدة". رسالة جامعية غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز.

4-الرشودي ، محمد بن علي إبراهيم ، (2007) ، بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لتطـوير الأجهـزة الأمنية بالمملكة العربية السعودية، رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية.

5-عامر ، ميال حمود (2007) ، أثر تطبيق مـنهج منظمـة الـتعلم علـى تحسـين ادارة الجـودة الشاملة – دراسة تطبيقية على مستشفيات جامعة عين شـمس – رسـالة ماجسـتير غيـر منشـورة ، كلية الاقتصاد ،جامعة عين شمس .

6-عباس ، صلاح منصور،(2001)، أثر نظام إدارة الجودة الشاملة على تقيم أداء العاملين بالتطبيق على الهيئة التمريضية بالمستشفيات الخاصة بالقاهرة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التجارة – جامعة عين شمس 2001 .

7-عبد الحميد ، ماجدة ، (2000) ، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة على مستشفيات مشروع ضمان الجودة"، ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التجارة – جامعة عين شمس 2000

8-المري ، محمد (2002) . دراسة جودة الخدمات المصـرفية بـالتطبيق علـى البنـوك القطريـة ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، كلية الاقتصاد ، جامعة عين شمسس

المراجع الأجنبية

A – Books

1. Argyris, C. (1993). Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change. San Francisco, CA: Jossey-Bass
2. Armstrong & Kotler , (2005) . Marketing An introduction . Prentice Hall , New Jersey.
3. Awad, E, M & Ghaziri H, M., (2004), Knowledge Management, Pearson Education, inc, New jersey.
4. Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). Medical Tourism in Developing Countries. New York:Palgrave Macmillan
5. Goodrich, J.N. and G.E. Goodrich (1991) 'Health-care tourism', Managing Tourism, Oxford: Butterworth-Heinemann.
6. Krajewski , j &Ritzman , B ,1996. Operations Management , Addison Wesley ,USA, 1996.
7. Kline ,P & Saunders ,B(1998) .The Ten Steps to a learning organization, Salt .Lake City Utah …Great Reivers Book
8. Leech, L N et al, (2005), SPSS for intermediate statistics: use and interpretation, 2nd ED, Lawrence Erlbaum associates inc, New jersey,

9. Luthans, Fred, (2005), Organizational Behavior, international edition, McGraw Hill Education (Asia), Singapore.

10. Neo, et. al., (2003), Human Resource management, McGraw-Hill Co., Inc

11. Marquardt ,M.J., (1996) .Building The Learning organization: A system Approach to Quantum Improvement and Global Success, McGraw-Hill.

12. Marquradte,M. J. (2002).Building the learning organization: Mastering the five elements For corporate learning, Palo Alto, USA: Davies-Black Inc. Publishing.

13. Palmer, A. 2000. Principles of Marketing. American: Oxford University Press, Inc.

14. Pedler, M., Burgoyne, J., & Boydell, T. (1997). The learning company: A strategyfor sustainable development (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

15. Reisinger, Y. Turner, L. 2003. Cross-Cultural Behaviour in Tourism: Concepts and Analysis. Butterworth-Heinemann. First Published.

16. Senge,P.M. (1991). The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday Currency.

17. Total Quality Management in Government: A practical Guide for the Real World, (San Francisco; Jassey- Bass publishers), PP. xi- xii, 1993.

18. Zeithaml, V., Bitner, M. (1996). Service Marketing. Singapore: McGraw-Hill

19. Van Gigch J.P,(1991); System Design Modeling and Meta-modeling. Plenum Press, New York, 1991.

20. Wing, K, (2004), People-focused Knowledge Management, Elsevier Inc, New York.

B - PERIODICALS

1. Akbaba ,Atilla (2006). Measuring service quality in the hotel industry: A study in a business hotel in Turkey. International Journal of Hospitality Management, Volume 25, Issue 2, June 2006,
2. Avelini Holjevac, I. (1996), "Total quality management for the hotel industry and tourism", Tourism and Hospitality management, Vol. 2, No1
3. Alavi, S. & J. McCormil(2003). "Some Culture Consideration for the Applying the learning Organization Model to Iranian organization", AResearch Paper Presented At Tahran International Management Conference, Australia, University of New south Wales.
4. Awbrey, S. M.et al (2005). Examining the Relationship Between Learning Organization Adaptation Innovation, and Characteristics and Change Organizational Performance, Journal of Human Resource Development Quarterly, vol. 16, No. 2.
5. Babakus, E., Boller, W.G. 1992. "An Empirical Assessment of SERVQUAL Scale". Journal of Business Research, 24 (May),.

6. Beer M. (2003). "Why Total Quality Management Programs Do not Persist "@ www.hbs.edu/units /tom/seminars0304-/inbeer.pdf.december,2003

7. Bennett, M., B. King and L. Milner (2004) ‘The health resort sector in Australia: Apositioning study’, Journal of Vacation Marketing, Vol 10 ,No2.

8. Bierema ,L & Bierdish ,k (1999) ."Greating a Learning Organization :A case study of outcomes and Lessons Learned " , Performance Improvement ,Vol.(38),(No.4)

9. Bies, W, et al (2007)." Medical tourism: Outsourcing surgery", Mathematical and Computer Modelling, 46 ,(2007),pp 1144–1159

10. Borzoney & Hunter ,1996..Becoming A learning organization Through Partnership. The Learning Organization ,Vol 3,No 1

11. Brady, M. K., Robertson, C. J. 2001. "Searching for A Consensus on the Antecedent Role of Service Quality and Satisfaction: An Exploratory Cross-National Study", Journal of Business Research, 51(1),

12. Buckler, B,(1998), " Practical steps towards a learning organization :applying academic knowledge to improvement and innovation in business processes , The Learning Organization , Vol 5 ,N1, 1998.

13. Calverst, G.et.al.(1994)."Grasping The Learning organization". Training and Development ,Vol .(48),(No.6).

14. Campbell , S, Duggan, F. (2003).The Development Of a Learning Culture In a Youth Detention Centre and Its Effects on Staff and Clients , Paper presented at the Juvenile Justice.

15. Chee ,(2007)Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare. Working Paper. Singapore: Asia Research Institute

16. Clinical Development Co – ordinator (1998), Viborg Hospital ,A hospital becomes learning organization , (1998), Nursing Ethics ,Vol .5,Iss 2.

17. Connell ,J,(2006) . Medical Tourism :Sun, Sea, Sand, and Surgery. Tourism Management ,27(6)

18. Confessore ,S ,(1997) .Building learning organization: Communities of Practice, Self-Directed Learning, and Continuing Medical Education, The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 1997; Vol 17,No 1.

19. Cook, Peta S. (2008) What is health and medical tourism? In: The annual conference of the Australian Sociological Association, 2 to 5 December 2008, The University of Melbourne, Victoria

20. Darroch ,J.(2005).Knowledge Management innovation and firm performance, Journal of knowledge Management , Vol .9,No .3.

21. Forbes S. (2007).Open-heart surgery—90% off! Forbes. August 13, 2007. http://members.forbes.com/forbes/2007/0813/021.html. Accessed September3, 2008

22. Garavan, T. (1997). The learning organization: A review and evaluation. The Learning Organization, Vol 4, No (1).
23. Gardiner; P,Whiting,P.(1997).Success factors in learning organization :An empirical study ,Industrial and Commercial Training ; Vol ,29 ,Iss 2.
24. Garvin, D. (1993). Building Learning Organizations. Harvard Business Review, 71, (July-August).
25. Gephart, M.A., Marsick, V.J. (1996). Learning organizations come alive. Training & Development, Vol 50 ,No 12.
26. Goh, S. (1998). Toward a learning organization: The strategic building blocks. S.A.M. Advanced Management Journal, 63(2).
27. Graduate School of Business, University of Texas at Austin (1998) What is Knowledge Management? [Available at http://www.bus.utexas.edu/ kman/answers. htm#whatkm]
28. Graham, K. (2005). It was a big leap of faith. Guardian, 21 June, 8–9.
29. Cronin, Jr, & Tylor. S. 1992- "Measuring Service Quality: A reexamination and Extension. Journal of Marketing, 56, July.
30. Henderson, J.C. (2004) 'Healthcare Tourism in Southeast Asia', Tourism Review International, Vo 7 , N 3.
31. Hillmer, S, et al ,(2007). Improving Quality and Productivity via Stratification: A Call Center Example for Forming Homogeneous Groups. Quality Management Journal. Vol. 14, No. 1.
32. Hitt ,W ,D .(1996) .The learning Organization : some reflection on Organizational renewal, Employee Counseling Today ,Vol 8, N7.
33. Huber,G.,(1991). Organizational learning: The Contributing Process and Literature ,Organizational Science,Vol .2,No.(1).
34. Hughes ,J.(2000) ." The Learning Organization :What Is It Constitute a Useful Set of Ideas for the Human Resource Development practitioner?"CLMS Working Paper ,Leicester University , Center of Labour Market Studies UK
35. Jabarri , A (2007) . Medical Tourism in Iran, paper present at the First Conference of Tabriz international Health Services in Iran
36. James ,C, (2003) . " Designing learning organization" , organizational Dynamics ,Vol , (32) , No . (1).
37. Jiang,et al,(2000) "A Note on SERVQUAL Reliability and Validity in Information System Service Quality Measurement", Decision Sciences, 2000.
38. Joint Commission on Accreditation of Hospitals, Monitoring and Evaluation of the quality and appropriateness of care, Quality Review Bukketin, Jan, 1987.
39. Kezar. A, (2005) .What Campuses Need to Know About Organizational Learning and the Learning Organization. New Directions for Higher Education, No.131, 2005.
40. Kontoghiorghes ,S,C .et al, (2005).Examining the relation between learning organization characteristics and change adaption innovation,

organizational performance.. Human Resource development Quarterly,Vol.16,No.2

41. Knutson, B., Stevens, P., Wullaert, C., Patton, M., Yokoyama, F. 1991. "LODGSERV: A Service Quality Index for the Lodging Industry". Hospitality Research Journal, 14(2),.
42. Kutanis & Bayraktaroglu , (2002): Transform hotels into learning organizations a new strategy for going global. working paper, Department of Management ,The Faculty of Economic and Administrative Sciences , Sakarya,Turkey
43. Lee, Y. S., Sum, C. C., Hays, J. M., Hill, A. V. 2002. "Modeling the Effects of Service Guarantee on Perceived Service Quality Using Alternating Conditional Expectations (Ase)". Decision Sciences, 33(3).
44. Lee ,C,(2007). "A Study on relationship among leadership , organizational culture ,the operation of learning organization and employees 's job satisfaction .,The learning Organization ,Vol .14.No .2
45. Lehtinen, J.R and Lehtinen, U. (1982), "Service quality: a study of quality dimensions", Unpublished working paper, Service Management Institute, Helsinki
46. Levett, C. (2005). A slice of the action. Sydney Morning Herald, 29 October (2005)
47. Loermans. J.(2002); Synergizing the learning organization. Journal of Knowledge Management, Vol.6, No.3, 2002.
48. Marquardt ,M.(2004). Harnessing the power of action learning . Training & Development t+D ,Vol.58,Iss .6,.
49. Mohsin, A. & Lockyer, T. (2010). Customer perceptions of service quality in luxury hotels in New Delhi, India: an exploratory study. International Journal of Contemporary Hospitality Management,Vol 22,No(2).
50. Monica ,R.(2007).Hospital and Medical Tourism in Singapore .Ezine Articles ,Retrieved December 22,2007,form htt://ezinearticles.com.
51. Murray, A,M,(2001). Scanning and vicarious learning from adverse events in health care. Information Research, Vol. 7 No. 1, October 2001
52. Neelankantan,S,(2003),India,s global ambition Far Eastern Economic .Review.6, November (2003).
53. Oh, H., Parks, S. C. 1997. Customer Satisfaction and Service Quality: A Critical Review of the Literature and Research Implications for the Hospitality Industry ". Hospitality Research Journal, 20(3).
54. Ogaard ,T , et al (2007). Perceotion of organizational structure in the hospitality industry ,Consequences for commitment ,Job satisfaction and perceived performance. Tourism Management ,Available online in 17 august-2007.
55. Ortenblad ,A.(2001) , On differences between organizational learning and learning organization ,The Learning Organization ,Vol.8,No 3.

56. Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, L. L. Berry, "A conceptual model of service quality and its implications for future research," Journal of Marketing, 49, (1985).
57. Pratt , J,R.(2001).Is your organization a learning organization ?. Home Health Care Management & practice.Vol 13 ,No.5
58. Press Trust of India (PTI) (2005) 'Medical tourism in India may be worth US$2.3billion by 2012', India Daily, 2 February, URL (consulted 26 August 2005): http://www.indiadaily.com/editorial/02-02a-05.asp
59. Pollock, A. and P. Williams (2000) 'Health Tourism Trends: Closing the Gap between Health Care and Tourism', in W.C. Gartner and D.W. Lime (eds. Wallingford: CABI Publishing. Australia, December 2005
60. Richard ,B. & Robinson ,C.(1986). The Impact of Internal and External Marketing on Customer Service in Retail Bank , The International Journal of Bank Marketing, (Vol.4, No. 3, 1986).
61. Rowley,J,(1998). " Greating a learning organization in higher education " , Industrial and Commercial Training Vol 3o .No 1.
62. Rowley ,S,D,(2006). The journey of a teaching hospital to become a learning organization ,Australian Health Review , Vol . 30 , No, 2.
63. Saleh, F., Ryan, C., 1992. "Analyzing Service Quality in the Hospitality Industry Using the SERVQUAL Model". Service Industries Journal, 11 (3),.
64. Singer, p, M (2007) .Medical Malpractice Overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism,Law and Contemporary Problems. Vol. 70
65. Smith, K, (2008), Medical Tourism: For Richer or Poorer, Paper presented at Ownership & Appropriation, a joint conference of the ASA, , 8th - 12th December 2008, University of Auckland, New Zealand
66. Snell ,R,S,(2001). Moral Foundation of the LO, Human Relation , Vol 54 , No 3.
67. Sutton ,R,et al ,(1999); " Knowing what to do is not enough : Turning Knowledge into Action " California Management Review , Vol ,(42), No.(1).
68. Swan J. E. & Comb, L. J., "Product Performance Satisfaction: A New Concept", Journal of Marketing, April, 1976.
69. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospital ,(1997). At the web site :http :// www.euro.who.int/document/ IHB/hphviennarecom.pdf
70. Tsoukatos, E., Rand, G. K. 2006. "Path Analysis of Perceived Service Quality, Satisfaction and Loyalty in Greek Insurance", Managing Service Quality, Vol.16, No.5.
71. Webb, D, 2000. "Understanding Customer Role and It's Importance in The Formation of Service Quality Expectations" Service Industries Journal, 20(1).

72. Witt, C. A., Muhlemann, P. (1994), "The implementation of total quality management in tourism: some guidlaines", "Tourism Management", Vol. 15, No. 6.
73. Whittaker, A. (2008). Pleasure and Pain: Medical travel in Asia. Global Public Health, 3(3),
74. Yang,K et al (2008) , study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital". Total Quality Management & Business Excellence, Volume 19, Issue 11 November 2008
75. Yeo R.K.(2005). Revisiting the roots of learning organization. A synthesis of the learning organization litera-ture. The Learning Organization Vol.12, No.4

UNPUBLSHED REFERENCE

1. Bui, C, (2009). Discovering the factors for organizational Success: an Investigation Of learning organizations Attributes Within Minority – Owned Small Business In New England ,PhD Thesis , Capella University
2. Caballero S.D. Mugomba C.(2006). Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities -A conceptual Framework For Entry into the Industry Dissertation of Master Degree . Goteborg University.
3. Haque, M,(2008)."A study of the relationship between the learning organization and organizational readiness of change" ,(P h D Thesis ,Pepperdine University,2008).
4. Haworth A, (2005), Becoming A Learning Organization, Master Thesis in Business and Policy Studies, State University of New York, New York.
5. Howe ,S,N, (2005). Learning Organization discipline and their impact on a high- technology company ' s adaptive capacity ,M .A ., leadership and training ,Royal Roads University ,2005).
6. Kazemi , Z , (2007) . Study of the effective factors for attracting Medical Tourism in Iran, Master Thesis , University of Isfahan .
7. Levell, D B, (2003), Integrated Organizational Culture and Learning, Master Thesis in Leadership and Training, Royal Roads University
8. Lu Li-Chieh. 2003. "A Multi-Ethnic Comparison of Service Quality and Satisfaction in National Forest Recreation", Ph. D. The Pennsylvania State University, College of Health and Human Development
9. Realph, L A, (2005) , Building the Learning Organization Construction Organization: An Exploration of Barriers, Master Thesis, University of Colorado, Colorado.
10. Sandra Kaiser ,(2000),Mapping the learning Organization : Exploring A Model of Organizational Learning , (Ph .D ., Louisiana State University .2000).

11. Shih, Ching-He. 2006. "Effects of Culture on Service Quality and Customer Satisfaction Ratings", Ph. D. The University of Utah, Department of Parks, Recreation, and Tourism.

الملحق

قائمة الاستبيان رقم (I/(1

تحية طيبة .... وبعد

تجري الباحثة دراسة ميدانية علمية حول (بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لخلق السياحة العلاجية في سورية) وذلك بهدف التعرف على مدى ممارسة الأطباء لأبعاد المنظمة المتعلمة* وتأثيره على جـــودة الخدمة الطبية المقدمة للعملاء القادمين من الخارج.و نرجو منك الإجابة على أسئلة الاستبيان بمنتهـــى الدقة والمصداقية، مع التأكيد أن هذه الدراسة هي لغايات البحث العلمي .

البيانات الشخصية للطبيب

- الرجاء وضع علامة (x) قرب العبارة المناسبة:

– النوع: ( ) ذكر ( ) أنثى

– سنوات الخبرة: ( ) أقل من 5 سنوات ( ) من 5 إلى أقل من 10 سنوات

( ) من 10 إلى أقل من 15 سنة ( ) من 15 إلى أقل من 20 سنة

( ) من 20 سنة فأكثر

–العمر: ( ) من 20 إلى أقل من 30 سنة ( ) من 30 إلى أقل من 40 سنة

( ) من 40 إلى أقل من 50 سنة ( ) من 50 إلى أقل من 60 سنة

* المنظمة المتعلمة هي المنظمة التي تدعم عملية التعلم فيها ،وتحفز أفرادها على تبادل المعلومات والخبـــرات ،وتقـــوم بتعزيز قدراتهم الإبداعية والابتكارية ،وتشجعهم على الاعتراف بالأخطاء والتعلم منها ، بالإضافة إلى تبني أسلوب العمل الجماعي للوصول إلى الأهداف المشتركة.

-الرجاء وضع علامة (x) أسفل الإجابة التي تعكس درجة موافقتك على العبارة والتي تمثل واقع عملك

الرقم	العبارات	غير موافق كليا	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
١	تشجع إدارة المشفى* الأطباء فيه على التعلم الذاتي وتطوير معارفهم لتلبية حاجات المرضى .					
٢	يتيح لي عملي الاستفادة التامة من مهاراتي وقدراتي.					
٣	أطمح لمعرفة كل ما هو جديد ومبدع في مجال تخصصي .					
٤	يتيح لي عملي الوسائل والفرص للتعلم و للتطوير الذاتي					
٥	يتم تشجيعي باستمرار لاستغلال قدراتي الذاتية لإتمام العمليات الصعبة.					
٦	هناك رؤية مشتركة بين إدارة المشفى والأطباء فيه لتقديم معالجات جيدة للمرضى.					
٧	تعمل إدارة المشفى على نشر الأهداف المشتركة في العمل.					
٨	كل طبيب في المشفى يفهم الرؤية الخاصة لإدارة المشفى ويدعمها.					
٩	تحث الرؤية المستقبلية لإدارة المشفى على تطوير الأطباء وتعليمهم وتدريبهم لنقل المشفى نحو الأفضل.					
١٠	عند حل المشكلة فإنني لا أسعى إلى الحلول فقط وإنما أركز على الأسباب التي أدت إلى المشكلة وطرق اجتنابها أو منع حدوثها.					
١١	لدي القدرة على معرفة عواقب وانعكاسات ما أتخذه من قرارات تخص المعالجات التي أقدمها للمرضى.					
١٢	تشجع إدارة المشفى الأطباء على الربط بين كافة أبعاد العمل وجوانبه لفهم الموضوع بشكل شمولي .					
١٣	تشجع إدارة المشفى الأطباء على تحمل المسؤولية عند حدوث الأخطاء والتعلم منها.					

* يقصد بإدارة المشفى : الإدارة في مكان عملك قد يكون مشفى أو المركز الطبي أو النقابة التي تنتمي إليها.

١٤	تشجع إدارة المشفى الأطباء العاملين فيها على الاهتمام بنشاطات التعلم الداعمة لمهارات التفكير التحليلي					
١٥	يتميز جو العمل بالانفتاح بما يسهم فـــي تبــادل الآراء والأفكار بين الأطباء وتغييرها نحو الأفضل.					
١٦	أرحب بالأفكار الايجابية و أشجع تدفقها بين زملائي في العمل .					
١٧	أراجع أساليبي في التفكير باستمرار بمـــا ينســـجم مـــع انجاز المهام .					
١٨	تشجع إدارة المشفى الأطباء على تغيير أساليب تفكيرهم وانجاز مهامهم بطرق جديدة تخدم مصلحة المشفى.					
١٩	أتعاون مع زملائي لانجاز المهام بشكل جماعي بهدف تحسين العمل وتقديم خدمة أفضل للمرضى.					
٢٠	يساعد الأطباء بعضهم البعض على التعلم بنقل خبراتهم ومعارفهم					
٢١	هناك حوار متواصل بيني وبين زملائي لتحسين مستوى الأداء وتلبية حاجات المرضى وتوقعاتهم					
٢٢	عادة ما يتم التفكير في مكان العمل بصـــورة جماعيـــة لحل المشكلات و تحقيق الأهداف المنشودة.					
٢٣	تشجع إدارة المشفى الأطباء علـــى التعـــاون والعمـــل الجماعي لتقديم خدمات أفضل للمرضى					

قائمة الاستبيان رقم (1)/II

تحية طيبة .... وبعد

تجري الباحثة دراسة ميدانية علمية حول (بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لخلق السياحة العلاجية في سورية) وذلك بهدف التعرف على مدى ممارسة العاملين لأبعاد المنظمة المتعلمة* وتأثيره على جـــودة الخدمة الفندقية المقدمة للعملاء القادمين من الخارج.و نرجو منك الإجابة على أسئلة الاستبيان بمنتهـــى الدقة والمصداقية، مع التأكيد أن هذه الدراسة هي لغايات البحث العلمي .

البيانات الشخصية لموظف الفندق

- الرجاء وضع علامة (x) قرب العبارة المناسبة:

- النوع: ( ) ذكر ( ) أنثى

-المؤهل الدراسي ( ) ثانوية عامة ( ) تعليم متوسط

( ) تعليم جامعي ( ) تعليم أعلى من الجامعي

- سنوات الخبرة: ( ) أقل من 5 سنوات ( ) من 5 إلى أقل من 10 سنوات

( ) من 10 إلى أقل من 15 سنة ( ) من 15 إلى أقل من 20 سنة

-العمر: ( ) أقل من 20 ( ) من 20 إلى أقل من 30 سنة

( ) من 30 إلى أقل من 40 سنة ( ) من 40 إلى أقل من 50 سنة

---

* المنظمة المتعلمة هي المنظمة التي تدعم عملية التعلم فيها ،وتحفز أفرادها على تبادل المعلومات والخبـــرات ،وتقـــوم بتعزيز قدراتهم الإبداعية والابتكارية ،وتشجعهم على الاعتراف بالأخطاء والتعلم منها ، بالإضافة إلى تبني أسلوب العمل الجماعي للوصول إلى الأهداف المشتركة.

-الرجاء وضع علامة (x) أسفل الإجابة التي تعكس درجة موافقتك على العبارة والتي تمثل واقع عملك

الرقم	العبارات	غير موافق كليا	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
١	تشجع إدارة الفندق العاملين فيه على التعلم الذاتي وتطوير معارفهم لتلبية حاجات النزلاء .					
٢	يتيح لي عملي الاستفادة التامة من مهاراتي وقدراتي.					
٣	أطمح لمعرفة كل ما هو جديد ومبدع في مجال تخصصي .					
٤	يتيح لي عملي الوسائل والفرص للتعلم و للتطوير الذاتي					
٥	يتم تشجيعي باستمرار لاستغلال قدراتي الذاتية لانجاز المهام الصعبة					
٦	هناك رؤية مشتركة بين إدارة الفندق والعاملين فيه لتقديم خدمات جيدة للنزلاء.					
٧	تعمل إدارة الفندق على نشر الأهداف المشتركة في العمل.					
٨	كل موظف في الفندق يفهم الرؤية الخاصة بإدارة الفندق ويدعمها.					
٩	تحث الرؤية المستقبلية لإدارة الفندق على تطوير العاملين وتعليمهم وتدريبهم لنقل الفندق نحو الأفضل.					
١٠	عند حل المشكلة فإنني لا أسعى إلى الحلول فقط وإنما أركز على الأسباب التي أدت إلى المشكلة وطرق اجتنابها أو منع حدوثها.					
١١	لدي القدرة على معرفة عواقب وانعكاسات ما أتخذه من قرارات تخص العمل.					
١٢	تشجع إدارة الفندق العاملين على الربط بين كافة أبعاد العمل وجوانبه لفهم الموضوع بشكل شمولي .					
١٣	تشجع إدارة الفندق العاملين على تحمل المسؤولية عند حدوث الأخطاء والتعلم منها.					

١٤	تشجع إدارة الفندق العاملين فيها على الاهتمام بنشاطات التعلم الداعمة لمهارات التفكير التحليلي					
١٥	يتميز جو العمل بالانفتاح بما يسهم في تبادل الآراء والأفكار بين العاملين وتغييرها نحو الأفضل.					
١٦	أرحب بالأفكار الايجابية و أشجع تدفقها بين زملائي في العمل .					
١٧	أراجع أساليبي في التفكير باستمرار بما ينسجم مع انجاز المهام .					
١٨	تشجع إدارة الفندق العاملين على تغيير أساليب تفكيرهم وانجاز مهامهم بطرق جديدة تخدم مصلحة الفندق.					
١٩	أتعاون مع زملائي لانجاز المهام بشكل جماعي بهدف تحسين العمل وتقديم خدمة أفضل للنزلاء.					
٢٠	يساعد العاملون بعضهم البعض على التعلم بنقل خبراتهم ومعارفهم					
٢١	هناك حوار متواصل بيني وبين زملائي لتحسين مستوى الأداء وتلبية حاجات النزلاء وتوقعاتهم					
٢٢	عادة ما يتم التفكير في مكان العمل بصورة جماعية لحل المشكلات وتحقيق الأهداف المنشودة.					
٢٣	تشجع إدارة الفندق العاملين على التعاون والعمل الجماعي لتقديم خدمات أفضل للنزلاء					

قائمة الاستبيان رقم (2)

تحية طيبة .... وبعد

تجري الباحثة دراسة ميدانية علمية حول (بناء المنظمة المتعلمة كمدخل لخلق السياحة العلاجية في سورية) و نرجو منك الإجابة على أسئلة الاستبيان بمنتهى الدقة والمصداقية، للتعـــرف علـــى تقييمـــك لجودة الخدمات المقدمة لك أثناء إقامتك في ضيافتنا، مع التأكيد أن هذه الدراسة هي لغايـــات البحـــث العلمي .

البيانات الشخصية

- الرجاء وضع علامة (x) قرب العبارة المناسبة:

- **النوع:** ( ) ذكر ( ) أنثى

-**الجنسية:** ....

-**العمر** ( ) من 18 إلى 34 ( ) من 35 إلى 50 ( ) أكبر من 50

-**الدخل** ( ) من 1000 إلى 2000 يورو ( ) من 2000 إلى 3000 يورو ( ) من 3000 إلى 4000 يورو

-**الهدف من الزيارة** ( ) السياحة وتلقي المعالجة التجميلية ( ) تلقي المعالجة التجميلية وانجاز بعض الأعمال التجارية ( ) زيارة الأقارب وتلقي المعالجة التجميلية

( ) أسباب أخرى

-**تكرار المعالجة** ( ) نعم ( ) لا ( ) ربما

- **نصح الاقارب** ( ) نعم ( ) لا ( ) ربما

أ-الرجاء وضع علامة (x) أسفل الإجابة التي تعكس درجة موافقتك على العبارة والتي تعكس تقييمك لجودة الخدمة الطبية المقدمة لك:

الرقم	العبارات	غير موافق كليا	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
١	إن سجلات المشفى* منظمة ودقيقة لا يشوبها أخطاء.					
٢	يتيح الطبيب لي معلومات دقيقة عنه وذلك بوسائل عديدة مثل التلفون والفاكس والانترنت.					
٣	يلتزم طبيبي بتقديم خدماته في المواعيد المحددة .					
٤	يقدم لي طبيبي المعلومات الدقيقة التي أحتاجها لفهم حالتي المرضية بلغة مبسطة ومفهومة .					
٥	يلتزم طبيبي بالوفاء بعهوده التي وعد المرضى بها					
٦	يتمتع طبيبي بمهارات علاجية متميزة تمكنه من أداء المعالجة الطبية بشكلها الصحيح من المرة الأولى .					
٧	يقدم طبيبي عناية طبية جيدة لمرضاه خالية من الأخطاء.					
٨	يخصص لي الطبيب الوقت الكافي للإجابة على أسئلتي و استفساراتي					
٩	يسارع طبيبي بالحضور عندما أحتاج إليه					
١٠	يستجيب الطبيب لطلبات المرضى بإخلاص وتفان					
١١	إن طبيبي على استعداد دائم لتقديم المساعدة الطبية الفورية للمرضى					
١٢	يتمتع طبيبي بالسرية فيما يتعلق بالمعلومات التي تخص حالتي					

* المشفى أو العيادة أو المركز الطبي

					أثق ثقة تامة بقدرات ومهارات الطبيب الذي يداويني.	١٣
					يبعث سلوك طبيبي بالثقة والطمأنينة في نفوس مرضاه.	١٤
					يقدم طبيبي رعاية طبية آمنة وخالية من المخاطر لمرضاه.	١٥
					يتسم سلوك طبيبي بالكياسة واللطف مع مرضاه وضيوفهم .	١٦
					أشعر بالأمان عند التداوي عند هذا الطبيب .	١٧
					يظهر طبيبي تعاطفا" واهتماما" صادقا" بحالتي	١٨
					يشعر طبيبي كل مريض ومرافقيه بالاهتمام الشخصي .	١٩
					يبذل طبيبي كل ما في وسعه للتخفيف من مخاوفي وهواجسي.	٢٠
					يتفهم طبيبي احتياجاتي ورغباتي .	٢١
					يتوافر في المشفى المعدات والأدوات التقنية والتكنولوجية الحديثة نسبيا".	٢٢
					يتميز المشفى بتصميم داخلي منظم ونظافة عالية .	٢٣
					يتميز المشفى بتوافر أماكن مريحة للانتظار	٢٤
					يمتلك المشفى كافة التسهيلات المادية التي توحي بالرفاهية والراحة كأجهزة تكييف ،أثاث عصري،..	٢٥
					يتمتع مقدمو الخدمة بمظهر أنيق ونظيف ومرتب .	٢٦
					تتوفر في المشفى كافة المواد الطبية الضرورية	٢٧
					مبنى المشفى جميل ونظيف .	٢٨

٢٩	المشفى بعيد عن أماكن الضوضاء و الضجيج .					
٣٠	المشفى ذات موقع ملائم يسهل الوصول إليه.					

ب- في حال مكوثك في إحدى الفنادق السورية (فنادق ديميديان أوشيراتون) في الفترة الحالية أو فترة سابقة قريبة ، الرجاء وضع علامة (x) أسفل الإجابة التي تعكس درجة موافقتك على العبارة والتي تعكس تقييمك لجودة الخدمة الفندقية المقدمة لك:

الرقم	العبارات	غير موافق كليا	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
١	يمتلك الفندق كافة التسهيلات المادية التي توحي بالرفاهية والراحة، كأجهزة للياقة البدنية متميزة وحديثة ، تكييف مركزي عالي الجودة					
٢	إن غرف الفندق مجهزة بأثاث جذاب ومريح و مزودة بمناشف وشرا شف نظيفة وصابون وشامبو ...					
٣	يوفر هذا الفندق ممثلين لشركات خدمات مثل (فروع البنوك، فروع لشركات طيران،..).					
٤	يتمتع العاملون في هذا الفندق بمظهر مرتب وأنيق.					
٥	تتميز الأطعمة والمشروبات المقدمة في هذا الفندق بالتنوع والجودة والمذاق الحسن .					
٦	إن الديكور الداخلي والخارجي لهذا الفندق يتصف بالجاذبية.					
٧	يقع الفندق في موقع ملائم يسهل الوصول إليه					
٨	يتيح الفندق معلومات دقيقة عنه وذلك بوسائل عديدة مثل التلفون والفاكس والانترنت.					
٩	إن سجلات و فواتير وحجوزات الفندق دقيقة لايشوبها أخطاء .					
١٠	يقدم الفندق خدماته بشكل صحيح من المرة الأولى.					

١١	يبدي الفندق اهتماماً فعلياً لحل المشاكل التي تواجه النزلاء.					
١٢	عندما يعد الفندق بعمل شيء معين في وقت محدد فإنه يفعل ذلك.					
١٣	يستجيب العاملون في الفندق لطلبات العملاء على مدار الساعة .					
١٤	يقدم العاملون في الفندق الخدمة الفورية للنزلاء. مثل (خدمات حمل الحقائب وتوصيلها، خدمة تقديم الطعام بالغرف،...).					
١٥	يرحب العاملون في الفندق دوماً بمساعدة النزلاء.					
١٦	إجراءات الدخول والخروج في الفندق تتصف بالسهولة والسرعة.					
١٧	يضع هذا الفندق مصلحة نزلائه في مقدمة اهتماماته وأولوياته.					
١٨	يشعر النزيل في هذا الفندق بأنه يلقى اهتماماً شخصياُ من قبل العاملين كأنه العميل الوحيد.					
١٩	إن ممارسات العاملين في هذا الفندق توحي بالثقة والأمان.					
٢٠	يتسم العاملون في هذا الفندق باللباقة والمجاملة والكياسة .					
٢١	تتم المعاملات المالية للعملاء في هذا الفندق بسرية تامة.					
٢٢	يعترف العاملون في هذا الفندق بالأخطاء في حال حدوثها ويتداركونها بسرعة					

Aleppo University
Faculty of Economics
Dept. of Business Administration

Building The Learning Organization as An Approach to Greate Medical Tourism in Syria

-Comparison Study-

Presented to Obtain the Degree of PhD
in Business Administration

Submitted by

Olga Cherbatji

Supervised by

Dr. Hassn cylinder

Dept. Statistic Program, Faculty of Economic

University of Aleppo

Dr Ahmad Al Yossfi

Dept. Administration, Faculty of Economic

University of Aleppo

Certification

I certifiy that the work in this thesis is the result of the candidate own investigation under the supervision of: **Dr Ahmad Al Yossfi** Professor in Dept. Administration, Faculty of Economic, University of Aleppo, and **Dr. Hassn cylinder**, Dept. Statistic Program, Faculty of Economic, University of Aleppo And any reference to other researche has been fully acknowledged in the text.

Candidate	Supervisers of the study
Olga Cherbatji	**Dr Ahmad Al Yossfi**
	Dr. Hassn cylinder

Decaration

I declared that this work**:** Building The Learning Organization as An Approach to Greate Medical Tourism in Syria, has not already been accepted for any degree before, And it is not submitted for any other degree.

Candidate
Olga Cherbatji

Abstract

This study provides a descriptive and analytical overview of the medical tourism in Syria and its potential for growth in the global medical tourism industry. medical tourism has grown rapidly in the past decade, globalization of both health care and tourism, new technology and skills ,reduced transport costs and Internet marketing have all played a role. medical tourism in Syria is, however, at beginning stage and it desperately needs growth propelling business, especially in service sectors.

Achieving and maintaining customer-perceived service quality is regarded as essential strategy for attracting medical tourism to Syria. So to be successful, it is crucial to provide tourists with a service that meets or exceeds their expectations.

Managers in service sector in Syria, must seek for ways to be able to improve their coping with emergent challenges, increasing their effectiveness, and attract customers to use these services. Creation of "Learning Organizations", has been offered as one way to deal with the apparently endless waves of organizational change , developing excellent services ,and for the organizations to move forward.

So that, the aim purpose of this study was to analyze the impact of concept of learning organization at some Syrian service sectors that related to medical tourism such as hospital ,hotels, dental clinics , on service quality. To achieve that purpose, the following set of questions had to be answered:

1) To what extent can the five dimensions of learning organization (self-development, shared vision, mental models, system thinking, team working) be achieved at hospitals?
2) To what extent can the five dimensions of learning organization (self-development, shared vision, mental models, system thinking, team working) be achieved at hotels?
3) What are the level of customer-perceived service quality at hospitals?
4) What are the level of customer-perceived service quality at hotels?
5) Are there any differences of statistical value in the attitudes of the five learning organization components customer-perceived service quality at Hospitals and hotels?

In order to set the theoretical background of the topic and define the model to be followed in this study to achieve its objective, the researcher adopted the documentary descriptive research approach that required

collecting, reviewing, and analyzing all former literature, research, and studies relevant to the subject.

Moreover, the research structure includes four chapters: The first chapter includes the review of the literature of (LO) , the second chapter includes the review of the literature of the medical tourism, the third chapter includes the review of the literature of service quality, and The last chapter explores the field study.

Moreover, in order to achieve the objectives of the study, the data was gathered form three different surveys, the first one includes 278 doctors working at seven public and private hospitals, and some dental clinics, the second one includes 150 employees at four hotels , the third one includes

278 medical tourists . moreover the data had analyzed by some available statistical Methods in (Spss v .18) represented by the factor analysis and multipie and enter regression analysis .

The results of the statistical descriptive and analyzes of the factors of the study shows that :

1. The level of learning organization dimensions at hospitals and dental centers lie around average ,but the level of learning organization dimensions at hotels lie below average, which means that there is no serious attention directed to learning organization practices ,such as systematic problem solving, experimentation with new approaches, learning from their own experiences and past history, learning from the experiences and best practices of others, transferring knowledge quickly and efficiently throughout the organization,….
2. The level of doctor's reliability lie above average, also the level of other dimensions of medical service quality (responsiveness, empathy, assurance and tangibility) lie around average, but the level of hotel service quality dimensions lie below average, which means that medical customers believe that perceived medical service quality is acceptable ,but perceived hotel service quality doesn't meet their exceeds or expectations.
3. There is positive and weak significant relationship between the three dimensions of learning organization (shared vision, mental models, system thinking) and perceived medical service quality, also There is positive and medium significant relationship between the two dimensions of learning organization (self-development , team working) and perceived medical service quality.
4. There is positive and medium significant relationship between the two dimensions of learning organization (self-development , team working) and most dimensions of hotel service quality. also There is positive and weak significant relationship between the three

dimensions of learning organization (shared vision, mental models, system thinking) and most dimensions of hotel service quality.

Finally, at the conclusion based on the results of field study, the researcher suggested the following recommendations:

1) Mangers in both hospitals and hotels should direct their attention to promote learning culture and facilitate organizational learning practices such as thinking with systems theory, Ensure steady flow of new ideas, incentives for risk taking, recognition of the value of productive failure instead of unproductive success…..
2) Planning ,monitoring ,and supporting training and organizational learning programs ,and empowering employees with the necessary authority to meet customer's demands and expectations.
3) pay attention to develop strategies that increase personal skills and team working for both hospitals and hotels coworkers, and also increase quality level of provided service with all its dimensions and concentration particularly on empathy.
4) Create a cooperation between health and medical organizations and tourism organizations across the country, also building hotels, health centers, and health city near natural medical resource in Syria such as Spa, mud, sand, and desert location .